



جامعة محمد بن أحمد وهران 2  
كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس و الأروطوفونيا  
مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر  
تخصص: علم النفس العيادي

القلق و علاقته بالانتحار عند مدمنين المخدرات

إشراف: أ. د. دلاج سبع فاطمة الزهراء

من إعداد: جمعوي محمد أمين

لجنة المناقشة المكونة من السادة:

- |        |               |                       |                      |
|--------|---------------|-----------------------|----------------------|
| مشرفة  | جامعة وهران 2 | أستاذة التعليم العالي | أ. سبع فاطمة الزهراء |
| مناقشة | جامعة وهران 2 | أستاذة التعليم العالي | أ. غزال أمال         |
| رئيسة  | جامعة وهران 2 | أستاذة التعليم العالي | أ. بقال أسماء        |

السنة الجامعية 2022 - 2023

## ملخص الدراسة

دراسة مكملة لنيل شهادة المستار بعنوان "القلق و علاقته بالانتحار عند مدمنون المخدرات" هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى القلق لدي مدمنين المخدرات و علاقته بالانتحار عندهم و كان ذلك مرتفعة بمستشفى الجامعي الأمراض العقلية و النفسية بوهران بتحديد في مصحة علاج الإدمان تكونت العينة من 2 من الذكور أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي دراسة الحالة و المقابلة النصف موجهة و مقياس القلق سبيلبرجر.

وعليه النتائج المتوصل من خلال هاته الدراسة أن القلق المرتفع يعد عرضا مصاحبا لمدمنين المخدرات و يمكن ان يدفعهم للقيام بمحاولات انتحارية نتيجة القلق الزائد للحالة التي هم فيها ، و هذا بناء على تحليل المقابلة مع الحالات و نتيجة المقياس المطبق علي الحالات.



أن الله تعالى وضع الجنة تحت قدميه واحترمه في كتابه المحبوب أمي

العزيزة

.إلى خالد الذكر الذي لم يغفل أن يعطيني طريق الخير والسعادة أبي العزيز

و من أعتد عليه ،أختي العزيزة

إلى أصدقائي ومعارفي المحترمين والمحترمين

إلى أساتذتي في الكلية

أهدي بحثي لكم

## كلمة شكر

نحمد الله عزوجل الذي وفقنا في إتمام هذا البحث العلمي، و الذي ألهمنا الصحة و العافية و العزيمة فالحمد لله حمدا كثيرا

على كل مجهوداتهم منذ ولادتي أول مشكور هو الله عزوجل، ثم والداي و اختي إلى هذه اللحظات، أنتم كل شيء أحبكم في الله أشد الحب

يسرني أن أوجه شكري لكل من نصحني أو أرشدني أو وجهني أو ساهم معي في إعداد هذا البحث بإيصالي للمراجع والمصادر المطلوبة في أي مرحلة من مراحلها، واللجنة "سبع فطيمة الزهرة" وأشكر على وجه الخصوص استاذتي الفاضلة، المناقشة للبحث على مساندي وإرشادي بالنصح والتصحيح وعلى اختيار العنوان

والموضوع

شكرا للجميع



قائمة المحتويات	
أ	ملخص
ب	إهداء
ت	كلمة شكر
1	الفصل الأول
2	مقدمة
3	مشكلة البحث
4	التساؤلات
4	فرضيات الدراسة
4	أهداف الدراسة
5	التعريفات الإجرائية
5	الدارسات السابقة
7	الفصل الثاني
9	تعريف اللقلق
10	أسباب القلق
12	أنواع القلق
14	أعراض القلق
17	مستويات القلق
18	أهم النظريات المفسرة للقلق
20	انتشار القلق
20	علاج القلق

25	الفصل الثالث
27	تعريف الانتحار
28	أسباب الانتحار
32	أنواع الانتحار
34	النظريات المفسرة للانتحار
36	الانتحار في الجزائر
37	الانتحار في الإسلام
38	منع وقوع الانتحار
44	الفصل الرابع
45	تعريف الإدمان
45	مراحل الإدمان
46	أعراض الإدمان
48	النظريات المفسرة لإدمان
50	تعريف المخدرات
52	أهم أنواع المخدرات
54	مخاطر الناجمة عن الانتحار
54	المخدرات في الجزائر
54	علاج إدمان المخدرات
58	الفصل الخامس
59	الدراسة الاستطلاعية
59	إعادة التذكير بالأسئلة



59	إعادة التذكير بالفرضيات
60	منهج الدراسة المتبع
60	فئة الدراسة
60	أدوات الدراسة
64	حدود الدراسة
65	الفصل السادس
65	الجانب التطبيقي
66	عرض و تحليل نتائج الحالة الأولى
72	عرض و تحليل نتائج الحالة الثانية
76	مناقشة النتائج
78	الخاتمة
79	قائمة المراجع
83	الملاحق

# الفصل الأول

## الإشكالية



## مقدمة

تعتبر مشكلة الإدمان على المخدرات من أصعب المشاكل الصحية التي يعاني منها الكثير من الأشخاص في جميع أنحاء العالم. ومن أهم التحديات التي تواجههم هي ظاهرة القلق النفسي التي يعانون منها بشكلٍ شديد. وعلى الرغم من أن هذه الحالة قد تؤثر على أي شخص، إلا أن المدمنين على المخدرات يتعرضون لخطر الإصابة بالقلق النفسي بشكلٍ لافت.

ومع ذلك، يجب الإشارة إلى أن القلق النفسي الذي يعاني منه المدمنين على المخدرات قد يكون أحياناً أكثر خطورة من القلق النفسي الذي يعاني منه الأفراد العاديين. حيث يميل المدمنون إلى إضافة المزيد من المخدرات إلى جسدكم لمواجهة هذه الحالة، وهذا يتسبب في تفاقم المشكلة على النحو الذي يصعب التحكم فيه. وفي بعض الأحيان، يخاطر المدمنون بحياتهم لإيقاف هذا الشعور الذي يسببه القلق النفسي. حيث في الكثير من الأوقات تستحوذ عليهم الأفكار الانتحارية و حتى يمكن أن تكون هناك عدة محاولات انتحارية على حسب الوضع الذي يكون فيه

وعلى الرغم من أن القلق النفسي لا يقتصر على المدمنين فحسب، إلا أن المدمنين المخدرات هم معرضون لخطر الانتحار بشكلٍ أكبر من غيرهم. ويتصدر القلق النفسي، تليه الاكتئاب والعزلة الاجتماعية كأهم الأسباب التي قد تدفع المدمنين للتفكير في الانتحار.

## إشكالية البحث

يعتبر القلق من أكثر الاضطراب التي تواجه الفرد في حياته اليومية وهذا راجع الى عدة عوامل سواء كانت اجتماعية او شخصية وهذا ما يمكن ان يعيق سير حياته اليومية الطبيعية و يمكن ان يشكل له عدة مشاكل في مجالات مختلفة وحتى على مستوى علاقاته الطبيعية مع الاخرين، و نتيجة هذه المشاكل يزداد مستوى القلق عند الفرد مما يدفعه الى البحث على حل لهذه المشاكل المستعصية بالنسبة له، وهذا ما يدفع عدة اشخاص للجوء للقيام بعدة امور منحرفة ومخالفة للقانون ومن اخطر هذه الامور تعاطي المخدرات التي تكون في البداية كوسيلة ترفيهية بهدف نسيان مشاكله والتقليل من مستوي القلق الذي يعاني منه ومع مرور الوقت يمكن ان يصل الى مرحلة ادمان على المخدرات، وهذا ما يؤثر على قدرات العقلية للفرد و تنتشت افكاره و يفقد توازنه النفسي و هذه الامور تصبح اكثر تعقيدا بالنسبة له وتزيد من مستوى القلق اكثر من السابق فيصبح تعاطي المخدرات التي كان حل في البداية الى ادمان يؤثر عليه وعلى المحيط الذي يعيش فيه وهذا ما يدفعه دائما الى ان محاولة البحث عن حلول بطريقة خاطئة مما يزيد في تفاقم المشكل الى غاية ان يصل الى مرحلة اليأس التي اعتقد فيها انه خسر كل شيء ويرى انه من المستحيل ان يصل الى حل وهذا ما يدفعه الى محاولة القيام بعملية الانتحار كم محاولة للتخلص من القلق ومشاكل دائما النتيجة من ادمانه للمخدرات.

كما تعتبر ظاهرة الانتحار منتشرة نوعا ما في الجزائر حيث تشير الإحصائيات أن حوالي 3000 حالة انتحار فعلي في الجزائر و علي مستوي العالم الجزائر تحتل المرتبة (95) عالميا ب 1.30 لكل 100 ألف نسمة. فبعض ولايات الوطن عرفت تناميا لظاهرة، حيث احتلت ولاية بجاية المرتبة الأولى في 2004 بتسجيل حوالي 99 حالة انتحار فعلي

اما في 2007 بلغ عدد المنتحرين في الجزائر 267 حالة، حسب إحصائيات المديرية العامة للحماية المدنية واحتلت بجاية المرتبة الأولى وطنيا ب 30 حالة انتحار تليها الجزائر العاصمة.

كما لقد أحصت أجهزة الدرك الوطني في الجزائر خلال عام 2011 ما يقل عن 1860 محاولة انتحار و330 حالة انتحار عبر مختلف ولايات الوطن، وتكشف الدراسات أن أغلب المنتحرين فضلوا الموت شنقا. (عمور مصطفي، 2018، ص 1009.1010)

أما فيما يخص ظاهرة الإدمان علي المخدرات كانت هناك عدة دراسات حول هذه الظاهرة علي مستوي التراب الوطني و من أهم هذه الدراسات دراسة 2001 Hammouda لتي قام بها بمصلحة نزع التسمم بوهراو وجود 173 حالة إدمان على المخدرات خلال فترة ممتدة من 1998 إلى 2001، غالبيتهم من الذكور ( 94.79% ) من الفئة العمرية بين 20 و 40 سنة، ومن العزاب مع تعديدية المواد الإدمانية

وأكثرها انتشارا الكيف وفيما يخص ولاية عنابة، أظهرت التحقيقات التي أجريت بالمركز الوسيط لمعالجة الإدمان ببوخضرة 858 حالة إدمان على المخدرات خلال فترة ممتدة من جويلية 1999 إلى فيفري، 2004، غالبيتهم من الذكور الفئة العمرية بين 20 و 25 سنة، مع وجود نسبة تقدر بـ 10.59% للشريحة العمرية بين 10 و 15 سنة، وبروز فئة العزاب والبطالين ونسبة 6.91% من طلاب المدارس والجامعات. وتعددية المواد الإدمانية وبالخصوص الكيف والعقاقير النفسية والكحول. (حكيمة أيث حمودة، 2007، ص124)

ومن خلال ما رأيناه في مستشفى الامراض العقلية والنفسية ومدى معاناة التي تعاني منها هذه الفئة واطافة الى نقص المواضيع السابقة التي تعالج هذه الظاهرة كانت لنا الرغبة والعزيمة الاختيار هذا الموضوع والبحث فيه.

### 1- التساؤلات:

من اهم التساؤلات التي يمكن ان نطرحها حول هذا الموضوع هي:

\_\_ هل يآثر مستوى القلق المرتفع على مدمنين المخدرات؟

\_\_ هل يدفع قلق مدمنين المخدرات للقيام بعملية الانتحار؟

\_\_ ما هي اهم انواع المخدرات التي تؤدي الى ارتفاع مستوى القلق وتدفع المدمنين الى الانتحار؟

### 2 - فرضيات الدراسة:

- مستوى القلق عند مدمن المخدرات مرتفع

- يؤثر مستوى القلق المرتفع على مدمنين المخدرات و يدفعهم للقيام بمحاولة الانتحار

- يوجد اختلاف في مستوى القلق عند مدمنين مخدرات على حسب نوع المخدر

### 3 - أهداف الدراسة:

- البحث في موضوع القلق و مدى تأثيره على مدمنين المخدرات

- تسليط الضوء على مدمنين المخدرات الذين قاموا بمحاولة الانتحار و كيف يكون العلاج

### 4 - التعريفات الإجرائية:

**القلق:** هو الشعور مزعج يؤثر على مستوى النفسي والفيزيولوجي للفرد ويظهر من خلال انفعالات خارجية.

فحين عرفه سيغmond فرويد علي انه استجابة انفعالية اة خبرة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد.

(ابراهيم علا عبد الباقي،2010،ص145)

**ادمان المخدرات:** وعدم قدرة على الامتناع على تناول المخدرات التي تؤثر على جهاز العصبي، فيفقد الفرد القدرة على السيطرة والتحكم فيها  
**محاولة الانتحار:** هي محاولة وضع حد للحياة، نتيجة عدم القدرة على احتواء المشاكل فيحاول الانسان التخلص من نفسه بهدف التخلص من مشاكله.

## 5 - الدراسات السابقة :

### دراسة حكيمة أيت حمودة

استهدف هذا البحث دراسة محاولات الانتحار لدى فئة من الشباب المدمن على المخدرات وعلاقتها بالضغوط النفسية وبعض متغيرات الشخصية، وذلك من خلال فحص مدى دلالة الفروق في شدة الضغط النفسي، ومستوى تقدير الذات، وحجم المساندة الاجتماعية ودرجة الشعور باليأس بين المدمنين على المخدرات ممن لم يسبق لهم أن حاولوا الانتحار والمدمنين ممن حاولوا الانتحار.

لتحقيق هذا الهدف تكونت عينة الدراسة من 47 مدمن على المخدرات من الجنسين تراوحت أعمارهم بين 18-38 سنة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين المفحوصين المترددين على المركز الوسيط لمعالجة الإدمان بوخضرة بمدينة عنابة. وأسفرت النتائج على أن فئة المدمنين على المخدرات ممن حاولوا الانتحار أكثر شعورا بالضغط النفسي، وأقل تقديرا لذواتهم، ويعانون من انخفاض في حجم المساندة الاجتماعية ويختبرون مستويات أعلى في مشاعر اليأس مقارنة بالمدمنين على المخدرات ممن لم يسبق لهم القيام بمحاولات انتحار. (حكيمة ايت حمودة،2007،ص122)

### دراسة جميلة بن عمور و سهيلة بوجلال 2021

هدفت هذه الدراسة التعرف على مستوى القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء متغيري نوع المخدر ومدة العلاج تم إجراء دراسة عيادية على ستة مراهقين يخضعون للعلاج بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان على المخدرات بولاية الشلف. اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي باستخدام المقابلة الموجهة والمقابلة نصف الموجهة، والملاحظة، واختبار تايلور للقلق الصريح وأظهرت النتائج أن مستوى القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات يتراوح بين متوسط إلى مرتفع، كما أن مستوى القلق يتأثر بنوع المخدر المستخدم ومدة العلاج. (جميلة بن عمور،2021)

### دراسة نجاة خليفي 2017

هدفت هذه الدراسة للكشف عن خصائص محاولي الانتحار بمدينة عنابة للفترة الممتدة بين جانفي 2000 إلى أكتوبر 2013، استخدمنا البيانات الجاهزة في التقارير الإحصائية وملفات العملاء المتوفرة بمركز الوقاية من الصدمة والانتحار. أظهرت النتائج أن 917 حالة قامت بمحاولة انتحار وأن الفئة العمرية الأكثر عرضة للخطر هي (15-24) سنة، شكلت الإناث 77% من إجمالي العينة، تبين أن 10.25% من الحالات ذات مستوى جامعي، بينما 76% عازبين، 64 عاطلين عن العمل، استخدم التسمم الدوائي لدى 78% من الحالات، كما عانى 20% من أفراد العينة من اضطرابات القلق، ونسب 67% من أفراد العينة القيام بالفعل لوجود الصراعات بمختلف أنواعها . (نجاه خليفي، 2017، ص251)

# الفصل الثاني

## القلق

### المقدمة

1. تعريف القلق
2. أسباب القلق
3. أعراض القلق
4. مستويات القلق
5. أهم النظريات المفسرة لقلق
6. انتشار القلق
7. علاج القلق

### الخاتمة

### مقدمة

يعتبر القلق النفسي أحد أكثر الأمراض النفسية شيوعًا في العالم، ويمكن أن يؤثر على جودة الحياة للأفراد بشكل كبير. يعاني العديد من الأشخاص من مشاعر القلق والتوتر والخوف، وقد يؤثر هذا القلق على الأداء اليومي والعلاقات الاجتماعية والصحة العامة. يتطلب القلق النفسي علاجًا فوريًا، ويجب على الأفراد البحث عن المساعدة الطبية والنفسية اللازمة للتغلب على هذا الاضطراب. يمكن التغلب على القلق النفسي من خلال العلاج النفسي والأدوية المناسبة، ويجب على الأفراد العمل معًا لتحسين الوعي العام بالقلق النفسي وتقديم الدعم المناسب للأفراد الذين يعانون منه. و من هنا سوف نعرف القلق النفسي و أهم طرق للعلاج منه

## 1 - تعريف القلق:

إذا نظرنا إلى أصل مصطلح القلق Anxiety ، سنجد أنه مشتق من الكلمة اللاتينية Anger التي تعنى الكبت أو الاختناق، وهو شعور عام مصاحب للقلق، وهناك اشتقاق أقرب للمعنى الأشمل الذي نستعمله عن القلق وهو Anxieties و Anxious التي تعنى عدم الارتياح وتشمل الجوانب العقلية، إذن فمفهوم القلق تعبر عنه مصطلحات عمرت أكثر من ألفي عام ، ومازالت معانيها القديمة تبدو قادرة على وصف ما نعاينه اليوم مما يطلق عليه القلق

ويعرف سبيلبيرجر القلق " بأنه حالة انفعالية مؤقتة، يشعر بها الإنسان عند إدراكه لموقف يهدد ذاته فينشط جهازه العصبى اللاإرادي ويشعر بالتوتر ويستعد لمواجهة هذا التهديد كما يفرق بين حالة القلق وسمة القلق التي توجد بينهما فروق ثابتة نسبياً في القابلية للقلق ترجع إلى اختلافات بين الناس في نظرتهن إلى العالم المليء بالمواقف العديدة المثيرة التي تدرك بوصفها أموراً خطيرة ومهددة، كما أنها تعنى الميل إلى الاستجابة لمثل هذه التهديدات بحالة القلق. ( امثال هادي الحوليه،2010، ص 23.22 )

و قد اهتم علماء النفس بتعريف القلق و كان من أوائل من تحدثوا عن القلق العالم فرويد Froid حيث يرى أن القلق استجابة انفعالية أو خبرة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد، وتُصاحب باستثارة عدد من الأجهزة الداخلية التي تخضع للجهاز العصبى المستقل مثل : القلب الجهاز التنفسي، الغدد العرقية.

ويقول أيضاً: "إن القلق إشارة إنذار للأنا (الذات) حتى تتخذ أساليب وقائية ضد ما يهددها، وغالبًا ما يكون المههدد هو رغبات مكبوتة أو حفزات عدوانية، أو نزعات جنسية سبق للأنا أن كبتته في اللاشعور".

أما علماء النفس السلوكيين؛ فيرون أن القلق مكتسب من البيئة المحيطة بالفرد، وأنه يكتسبه من خلال مجموعة من الاستجابات الشرطية لمثيرات تعرض لها خلال التنشئة لكنه غير واع بتلك المثيرات أى أن مصدر القلق وسببه يخرج من مجال إدراك الفرد وهو ليس واعيا بما يثير قلقه.

ويفرق السلوكيون بين نوعى القلق (الموضوعي) و(المرضى) حين يطلقون على القلق الموضوعى أنه "استجابة طبيعية متعلمة وتخضع لقوانين التعلم" ويعتبرون حدوث هذه الاستجابة أمرًا طبيعيًا. أما إذا حدثت استجابة القلق في مواقف لا تستدعى القلق فإنها تعتبر استجابة مرضية. وهذا هو القلق المرضى ورغم هذه التفرقة بين نوعى القلق الموضوعى والمرضى؛ إلا أنهم (السلوكيين) لا يفرقون بين النوعين من حيث التكوين والنشأة، فكلاهما إستجابات مكتسبة ومتعلمة.

ولذلك نجح السلوكيون فى علاج كثير من حالات الفوبيا والقلق مستخدمين أساليب علاجية تقوم

على أسس التعلم واكتساب السلوك وتعديل السلوك وتشكيله. ( ابراهيم علا،2010، ص 145.146)



## 2 - الأسباب القلق

تتعدد أسباب القلق ومن أهمها:

### 1.2 الأسباب الوراثية:

يرى القائلون بالأسباب البيولوجية للقلق أن التكوين الجيني الموروث لبعض الأشخاص يهيئهم أو يخلق فيهم الاستعداد المسبق لاضطراب القلق ويستدلون بهذا الرأي على أن إصابة أحد التوأمين المتماثلين بالقلق تعني أن الآخر مصاب به بخلاف ما يحدث للتوائم غير المتماثلة، كما يلاحظ بأن للأشكال السابقة من اضطراب القلق أصول أسرية حيث يوجد في أغلب الأحيان آخرون في الأسرة على خلاف المريض مصابون بشكل ما من أشكال القلق.

وعلى هذا يستنتج القائلون بهذا التوجه بأن القلق يتطور نتيجة استعداد فيزيولوجي كامن للتصرف بقلق في عدد كبير من المواقف ويكون هذا الاستعداد ناتج جزئياً عن وراثه جملة عصبية ذاتية شديدة الحساسية للضغط والتوتر.

إن مستوى القلق عند الأفراد يعتمد على كيفية عمل الوظائف وبعض الآليات الفيزيولوجية، فليس غريب أن تكون هناك فروق وراثية بين الأفراد، كما هو الحال في كثير من الخصائص الجسمية كلون العينين مثلاً، ويبدو أن العوامل الوراثية لها دور مهم بل ومن المحتمل أن يكون أكثر العوامل أهمية في تحديد القلق، هذا ما بينته الدراسات المختلفة أن الوراثة تلعب الدور الهام و الأساسي في الاستعداد للقلق، فقد دلت النتائج أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة التي تعد متماثلة في كل الجوانب بسبب توفر الطبيعة الوراثية نفسها تصل إلى 50% ، بينما تصل إلى 4% في التوائم غير المتشابهة وحوالي 15% المتشابهة وحوالي 15% في أبناء وإخوة مرضى القلق، كما دلت النتائج أيضاً أن نسبة ممن يعانون من سمات القلق من بين حالات غير المتشابهة .

وقد إنتهت دراسات في هذا المجال إلا أن زيادة نشاط النريبنفرين في بعض الأجزاء من الدماغ ترتبط باضطراب الهلع بينما ترتبط السيروتونين باضطراب الوسواس والأفعال القهرية

(اسماعيلي يامنة، 2010، ص 88.87)

## 2.2 - الأسباب النفسية

وتتمثل في الاستعداد النفسي والضعف النفسي العام، والشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والأزمات والمتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية والشعور بالذنب والعجز والنقص.

وكذلك الإحباط والصراع فالتوتر والقلق يعداني محصلة طبيعية لفشلنا سواء في إرضائنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا أم في فض المواقف الصراعية .

كما يرجع القلق أيضا إلى الخبرات الطفولية المكبوتة والصراعات النفسية التي كما لا يحلها الفرد حلا ناجحا ، وقد أفاض معظم المحللين النفسيين في أثر هذه الصراعات فالاندفاعات والأفكار غير المقبولة تكون عادة من طبيعة جنسية أو عدوانية يمكن أن تحدد الأنا وتصل إلى اللاشعور المفعم بالمكبوتات وتقوم الآليات الدفاعية بحماية الذات من هذه التهديدات لكن على حساب خلق حالة من القلق لدى الفرد

وينشأ القلق من عجز الفرد عن حل صراعه بالطريق المباشر أو بواسطة إحدى وسائل التعويض وما أعراض الاضطراب النفسي إلا تعبير عن قلق غير محتمل وفي نفس الوقت وسيلة للتخلص منه.  
(نفس المرجع السابق، ص 88،89)

## 3.2 - الأسباب الاجتماعية

و تشمل قائمة التطور الحضارية والثقافية و البيئة الحديثة والمطالب والمطامح الحديثة المتغيرة، اذ نجد تعدد المشاكل والأعباء على الإنسان، في هذا العصر وبالتالي تعددت الجهات التي يجب ان يتعلم معها ودورها لقوانين التي من المفروض ان يخضع لها سواء في العمل أو في الشارع أو الحياة، كما ان هناك الكثير من المحضورات والممنوعات التي توجب الابتعاد عنها، لان من يقترب منها يتعرض للعقاب، وهذه الحياة الحديثة من أعباء ومسؤوليات تحتاج من المرء على القدرة والطاقة النفسية كبيرة التكليف معها وضغوط الحياة وقد تكون فردية يتاثر بها الفرد الذي يقع عليها العبء لوحده أو جماعة تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد مثال: الكوارث والحروب وما يترتب عنها من مآسي وشتى الأزمات (نفس المرجع السابق، ص 91)

## 4.2 - العوامل السلوكية

لا شك أن التعلم يحتل موقعا هاما في تطوير إضطرابات القلق النفسي بما فيها القلق العام، يمكن أن تتطور عن طريق الإشرط ، ويمكننا أن نفسر عوامل التنشئة السلبية كمثيرات تعزز القلق إذا تعرض

الشخص لفقدان الشعور بالأمن ، فيمكن أن يصبح قلقا دون أن يعرف مصدر الشعور بالقلق وما يصاحبه من أعراض نفسية وجسدية ، إن الإضطراب الذي يصيب أحد الأبوين يمكن أن يصيب الأبناء بالإشراف عن طريق التعلم الإجتماعي فيتعلم كيف يسلك بشكل مماثل للوالد القلق، فمثلا يمكن أن يتجنب المواقف التي يمكن أن يواجهها، كأن يعبر عن نفسه إذا جابه موقفا بحاجة للتعبير عن الذات ، كما أن الحذر الزائد وترقب الأمور المخيفة السلبية يمكن أن تولد مشاعر القلق المزمن الذي يصاحب المريض طوال حياته .

إن الجوانب المعرفية التي تؤدي إلى سلوكيات تجنبية تؤدي أيضا إلى إرتفاع مستوى القلق فالمعتقدات الخاطئة التي قد تكون لدى شخص ما أن العالم الخارجي المحيط به خطر، كما أن النظرة السلبية للذات والشعور بأن الناس من حوله أفضل منه وهو يشعر بالدونية ، وأن الكلام الذي يقوله لا يستحق الإنصات له، وبذلك فإنه يطور لديه الشعور بالقلق العام، كما أن البيئة المحيطة التي تتسم بمتطلبات عالية يمكن أن تؤدي إلى القلق النفسي، حيث يشعر المريض أنه لا يستطيع تحقيق ما هو مطلوب منه .

(وليد سرحان، 2008، ص 33.32 )

### 3- أنواع القلق:

#### 1.3 القلق الموضوعي:

وهو القلق الذي يُعرف مصدره وعادة ما يكون مصدره خارجي ومحدد. ويطلق عليه؛ (القلق الواقعي) أو (القلق السوي).

وتحدث استجابات القلق الموضوعي في مواقف تستدعي القلق عند معظم الناس، مثل: توقع الخسائر المالية عند الأزمات الاقتصادية، وتوقع الرسوب في الامتحانات عندما لا يستعد المرء لمواجهتها الاستعداد الكاف بسبب ظروف صحية

أو اجتماعية، وعند انتظار خطر قومي أو عالمي مثل الحروب أو انتشار الأوبئة. وفي معظم الأحيان يزول هذا النوع من القلق بزوال مسبباته، أو الأخذ بأسباب الحيطة والحذر أو الاستعداد لمواجهة تلك الأسباب. ورغم أن القلق الموضوعي يُعد خبرة انفعالية مؤلمة، إلا أنه يؤدي وظيفة هامة في حياة الفرد، حيث يدفعه إلى القيام بنشاط لمواجهة الأخطار التي تهدده.

وينتج القلق الموضوعي عن إدراك المرء لمصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها. فهناك وجود حقيقي لمصدر الخطر الذي يهدد الفرد في البيئة، وإدراك الفرد لوجود هذا الخطر هو ما يثير القلق.

### 2.3 القلق المرضى أو القلق العصابي:

وهو داخلي المصدر، وأسبابه داخلية لا شعورية، وغير معروفة، ولا يوجد مبرر له في الواقع. ولا تتفق أعراضه مع الظروف الداعية إليه. ويعوق الفرد عن التوافق، ويفسد علاقاته الاجتماعية، حيث يصدر عنه سلوكيات غير عادية فضلاً عن إعاقة سلوكه العادي. فقد يثور الفرد بلا مبرر لثورته كأنما يحاول التخلص من الضغط العصبي الذي يشعر به.

وقد يأتي بأفعال لا تتناسب مع قيمه ولا ترضى عنها ذاته (الأنا الأعلى) التي طالما جاهد في كبتها وعدم الإفصاح عنها، لكن عندما يشتد التوتر ويصاب المرء بالاضطراب الانفعالي القلق العصابي تضطرب سلوكياته فضلاً عن اضطرابات أخرى فسيولوجية وبدنية، ونفسية أيضاً.

(ابراهيم علا عبد الباقي، 2010، ص149، 150)

### 3.3 القلق الثانوي:

وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية والانفعالية الأخرى، علماً بأن القلق يعتبر من الأعراض المشتركة في جميع الأمراض النفسية.

### 4.3 القلق العام : أو المعمم Generalized

وهو القلق الذي لا يرتبط بموضوع أو موقف معين لكنه غامض وغير محدد. ويطلق عليه عصاب القلق Anxiety Neurosis. وهو حالة من الانزعاج يعاني منها الفرد، وتسيطر عليه في مواقف عديدة في حياته اليومية. وهذا النوع من القلق تفاقمي ومتزايد، وتطول فترة المعاناة منه وأقلها ستة أشهر. ويعتبر الانزعاج المزمن من الأعراض الأساسية في تشخيص هذا النوع من القلق. وإن وُجد الانزعاج في بعض أنواع القلق الأخرى، إلا أن وجوده في حالة القلق العام (المعمم) أشيع وأوضح.

القلق الناتج عن أمراض عضوية Organic Anxiety :

ويحدث عند إصابة بعض الأشخاص بأمراض مزمنة أو مستعصية. وليس كل من أصيب بتلك الأمراض يصاب بهذا القلق لكنه يكون عرضة للإصابة إذا توافرت فيه بعض السمات الشخصية والانفعالية المضطربة أو غير السوية.

### 5.3 القلق الحاد:

ويكون مصحوباً بخوف شديد وتوتر شامل يجعل الفرد كثير الحركة على غير عادته، ولا يستطيع الاستقرار، مع سرعة التنفس، وسرعة الكلام لدرجة أن كلمات المريض تكون غير مترابطة وقد ينتابه

بكاء شديد أو صراخ مصحوب بجفاف في الحلق، وارتجاف في الأطراف الذراعين أو الساقين) ويبدو المريض شاحب الوجه. (نفس المرجع السابق، ص 151.150)

### 6.3 قلق الانفصال

هو نوع آخر من القلق بحيث هذه الحالة تسيطر على الطفل حينما ينفصل عن أمه في مرحلة متقدمة من عمره بسبب عملية الفصام أو الموت أو الطلاق أو غيابها حيث يظهر على الطفل حالة من البكاء و الصراخ المستمر، يكون ذلك خاصة بين الشهر السادس و العاشر حيث يكون للطفل القدرة على تمييز الذي قامت به الأم.

### 7.3 قلق وجودي

في كتاب مفهوم القلق وصف الفيلسوف سورين كير كيغارد (Kirkegaard)، القلق أو الرهبة المرتبطة بدوار "الحرية"، وأشار إلى إمكانية وجود

حل إيجابي للقلق من خلال ممارسة تمرينات ذاتية واعية للمسؤولية والاختيار. وصنف بول تليك (Paul Tilak) القلق الوجودي، ثلاث فئات للغير كائن الذي تؤدي للقلق : مادية المصير، والموت، وأخلاقية (الذنب والادانة)، وروحية الخواء وعدم وجود (معنى)، ووفقا لتليك (Tilak)، آخر هذه الأنواع الثلاثة من القلق الوجودي، أي القلق الروحي، هو السائد في العصر الحديث بينما سادت الأنواع الأخرى في فترات سابقة يناقش تليك (Tilak) بأن هذا القلق يمكن أن يكون مقبولا كجزء من ظروف الإنسان أو أنه يمكن أن يقاوم ولكن مع نتائج سلبية في شكله المرضي، وقد يميل القلق الروحي إلى تحريك الشخص نحو يقين في نظم المعنى التي تدعمها التقاليد والسلطة على الرغم من انه يقين لا شك فيه ليس مبني على صخرة الواقع". (اسماعيلي يامنة، 2017، ص 84 )

## 4 - أعراض القلق:

تصنف أعراض القلق إلى صنفين أساسيين هما:

1- الأعراض النفسية

2- الأعراض الجسمية

3- الأعراض النفجسمية

1- الأعراض الجسمية

وتتمثل في:

#### 1.4 الأعراض الجسمية

- الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة.
- توتر العضلات والنشاط الحركي الزائد والأزمات العصبية الحركية .
- برودة الأطراف وتصبب العرق، اضطرابات معدية.
- اتساع حدقة العين واضطراب في عملية الإخراج والتبول. الصداع المستمر الذي لا يهدئه الأسبرين.
- اضطراب التنفس وعسره ونوبات التنهد والشعور بالضيق في الصدر.
- اضطراب الوظيفة الجنسية عند الرجال والبرود الجنسي عند النساء.
- الأزمات العصبية الحركية والمتمثلة في قتل الشعر أو الشارب، تقطيب الجبهة، رمش العينين رمش المنخرين، مسح الأنف و الأذن، اختلاج الفم و عض الشفاه، مص الإبهام قضم الأظافر، هز الكتفين هز القدمين .
- ارتفاع ضغط الدم وإرهاق الحواس وتقبض القلب .
- فقدان الشهية أو عسر الهضم والإسهال أو الإمساك، المغص الشديد.
- آلام عضلية بالساقين والذراعين والظهر والرقبة.
- كثرة التبول أو العكس كاحتباس البول رغم الرغبة الشديدة في التبول.
- ارتجاج الصوت وتقطعه
- الإفراط في نشاط الجهاز العصبي الساقى والتنظيم الساقى كالتوجس والعرق والإغماء.

(اسماعيلي يامنة، 2017ص94.93 )

#### 2.4 الأعراض النفسية:

وتشمل القلق العام والقلق على الصحة وعدم الإستقرار والشعور بإنعدام الأمل والراحة النفسية والحساسية المفرطة وسرعة الإثارة الخوف الشديد حيث يكون الفرد خائفا لا يعرف مصدر الخوف عدم الشعور بالأمن والضيق وتوهم المرض عدم القدرة على التركيز والانتباه عدم الثقة والطمأنينة والرغبة في

الهروب من مواجهة المواقف توقع حدوث شيء ما دون معرفة ما هو ذلك الشيء ، وهذا بالإضافة إلى الشك والتردد في اتخاذ القرار ويمكن تلخيص الأعراض النفسية فيما يلي:

- شدة التوتر مع الخجل وزيادة الحساسية لرأي الغير
- الشعور بتأنيب الضمير على كل صغيرة وكبيرة
- التردد في اتخاذ القرارات بسرعة.
- سرعة الإثارة وعدم الاستقرار والشعور بانعدام الأمن والراحة
- الشعور بالخوف الدائم مع عدم معرفة مصدرها
- الانشغال بأخطاء الماضي وسرعة التهيج وضعف القدرة على التركيز .
- شرود الذهن وضعف القدرة على العمل والإنتاج وسوء التوافق الاجتماعي
- الاكتئاب العابر والتشاؤم .
- القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل (نفس المرجع السابق ،ص 94.95 )

### 3.4 الأعراض النفسجسمية

تتمثل فيما يطلق عليه بالأمراض السيكوسوماتية أي تلك الأمراض يسببها القلق أو يلعب دورا هاما في نشأتها أو في زيادة أعراضها مثل :

- الذبحة الصدرية والربو الشعبي وجلطة الشرايين التاجية.
  - روماتيزم المفاصل والبول السكري، وقرحة المعدة والقولون العصبي
  - الصداع النصفي وفقدان الشهية العصبي.
- الاضطرابات الفسيولوجية والتي من ويضيف عطوف ياسين (1981) عدداً من بينها برودة الأطراف وارتجافها وخصوصا الأيدي، اضطرابات النوم ، اضطرابات التنفس، فقدان الشهية والصداع، والشعور بالدوار والدوخة، كما يشبع أيضاً آلام الرقبة والظهر، وحدثت الرعشة والألم عند القيام بأي حركة ، وربما يظهر عدم الاستقرار والرعونة في الإتيان بالحركة الدقيقة، وحدثت رجفة للصوت، يضاف إلي ذلك حدوث اضطراب في الوظائف الجنسية عند الرجل والذي يظهر في تأخر القذف أو العجز عن البقاء منتصباً لبعض الوقت، أو عدم القدرة على الانتصاب نهائياً ، بينما يظهر عند الأنثى في صورة أعراض عن الفعل الجنسي.

أما الاضطرابات السيكوباتولوجية فتظهر في الشعور بالخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على تركيز الانتباه والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة، والعجز وعدم الثقة والطمأنينة، والرغبة في الهروب من الواقع عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة. ( نفس المرجع السابق، ص 96.95 )

### 4.4 الأعراض الاجتماعية:

يكون الشخص القلق غير مستقر ويخشى أن يرتكب خطأ، ويجد صعوبة في الوصول لقرار معين ولذلك فهو يفضل عدم اتخاذ قرار خاطئ انه حساس جداً للفشل، وخاصة الفشل الخلقى، وإذا أقبل على اتخاذ قرار بعمل ما فإنه يندم على ذلك، وقد يتحول شعوره بالسخط إلى عدوان ضد نفسه أو ضد الآخرين بل إنه قد يعتدي على أولئك الذين يعتمد عليهم سوء التوافق مع خلال الآخرين من النرفزة عليهم وسوء فهمهم واتهامهم بالعديد من الصفات التي تقود في النهاية إلى العلاقة، بالآخرين والذي ينعكس بدوره على العمل والإنتاج والتواصل السوي ويلاحظ هذا التوتر في الحياة الزوجية حيث تبدأ الأم القلقة في مع الآخر ينضرب وعقاب أولادها على أقل سبب ثم تندم وتبكي بعدها، ويثور الزوج على زوجته من إجابة عادية ويتهمها بأنها تتعدى على كرامته وتصبح هذه الإثارة العصبية مصدر النزاعات العائلية بل وأحيانا تحطم الحياة الزوجية. (نفس المرجع السابق، ص96 )

## 5 - مستويات القلق

### 1.5 المستوى المنخفض للقلق

في المستوى المنخفض يحدث تنية عام للفرد مع ارتفاع درجة القلق والحساسية نحو الاحداث الخارجية ويكون الفرد على أتم الاستعداد لمواجهة الخطر.

### 2.5 المستوى المتوسط للقلق

في المستوى المتوسط للقلق يصبح الفرد أقل قدرة من السيطرة على سلوكه ويحتاج الى ذلك كثير من الجهد للمحافظة على السلوك المناسب والملائم لطبيعة الموقف.

### 3.5 المستوى العالي للقلق

في المستوى العالي للقلق يؤثر بشكل سلبي على تنظيم سلوك الفرد وتكون السلوكية فيه غير متلائمة مع المواقف المختلفة ومصحوبة بصعوبة تركيز الانتباه وسرعة الاثارة .

(اسماعيل يامنة، 2017، ص 87)



## 6 - أهم النصيرات و التوجيهات حول القلق

### 1.6 توجه التحليل النفسي

إن المفهوم الأساسي في النظرية النفسية الدينامية يتمثل بأن سبب العصاب هو القلق فاقد اعتقد فرويد - وكما مر بنا - ان القلق يمكن أن يكون بثلاثة أشكال مختلفة : قلق الواقع، حيث يتعرض فيه الأنا إلى تهديد من خطر خارجي، والقلق الأخلاقي، الذي يتعرض فيه الأنا إلى التهديد بعقوبة من الأنا الأعلى بسبب التفكير أو القيام بأفعال ممنوعة أو محرمة، وأخيرا القلق العصابي الذي يتعرض فيه الأنا إلى تهديد من دوافع الهو غير الشعورية وغير المقبولة التي تحاول الظهور على مستوى الشعور أو السلوك.

وترى النظرية النفسية الدينامية أن هذا النوع الأخير من القلق هو المصدر الرئيس للعصاب، وأن مشكلة الناس العصابين هي أن الحرب الباردة بين هذه المكونات النفسية المختلفة تتحول في داخلهم إلى معركة مكشوفة ، فدافع "الهول" تتجه نحو الشعور فيكون الفرد على دراية بدوافعه الجنسية والعدوانية المكبوتة التي ستفضحه لو أنها صعدت إلى مستوى الشعور وغادرت مستقرها الكامنة فيه بأعماق اللاشعور و الأنا يعرف أن هذه الدوافع غير مقبولة لا من الواقع ولا من الأنا الأعلى فيضطر إلى أن يغير إتجاهها ويحولها إلى حيث مستودع الكبت في اللا شعور ولكن من يضمن انها لا تحاول الظهور ثانية؟ إن هذه الإحتمالية ينجم منها قلق حاد أو خوف من أن يفقد الفرد سيطرته عليها. وما يبدو أو يلحظه الآخرون من قلق عليه هو ما تصطلح نظرية التحليل النفسي على تسميته بالسلوك العصابي.

هذا يعني أن مصدر الخطر هو الذي يختلف في الأنواع الثلاثة للقلق. فهو في قلق الواقع أو القلق الموضوعي من خطر واقعي في العالم الخارجي، وفي القلق الأخلاقي يخشى عقاب الأنا الأعلى عندما لا يلتزم بالمعايير الأخلاقية، وفي القلق العصابي يخشى من الدوافع المكبوتة أن تعبر عن نفسها وتفضحه . وبرغم أن مصدره داخلي، فإنه يمكن أن تكون للقلق العصابي مكونات خارجية، يمكن توضيحها بأربع مراحل يمر بها تطور القلق العصابي :

1 يتعرض الفرد في الطفولة، إلى عقوبة قاسية عندما يفصح عن دوافعه الجنسية أو العدوانية.

2 ينشأ لدى هذا الفرد قلق موضوعي يتمثل بتوقع عقوبة مستقبلية على أفعال مماثلة.

3 يجري كبت الدوافع غير المقبولة كمحاولة لخفض هذا القلق الموضوعي

(قاسم حسين صالح، 2015، ص177)

## 2.6 النظرية السلوكية (Behavioral theory)

القلق في نظر السلوكيين إستجابة مكتسبة فقد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف معينة، ثم تعمم الإستجابة بعد ذلك. ولأن المدرسة السلوكية مدرسة تعلم فإنها تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي.

كما يركز السلوكيون إجمالاً على عملية التعلم، ويؤكدون بأن الإنسان يتعلم القلق و الخوف و السلوك المرضي كما يتعلم السلوك السوي . ويركز الأوائل من السلوكيين الراديكاليين من أمثال واطسن (Watson) على أن عمليات التعلم تتم عن طريق اقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي وبالتالي يستجيب الفرد لظاهرة الخوف أو القلق ويصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعاً مكتسباً، وعن طريق مبدأ التعميم في تعلم الخوف أو القلق يلاحظ أن المثيرات الشبيهة لتلك التي تعلم الكائن الحي أن يخاف أو يقلق منها والأكثر شبيهاً بها هي الأكثر إثارة للقلق أو الخوف.

ولقد تأثر الكثير بفكرة الإشتراط الكلاسيكي فعلى سبيل المثال يرى كل من شامز و دوركسي : " أن القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف أو مواقف معينة، ثم تعمم الإستجابة بعد ذلك، كما أشارا إلى أن الكثير من الأمثلة للمواقف العادية التي يمكن أن تؤدي إلى القلق ومنها على سبيل المثال المواقف غير المشبعة أو المؤلمة، فقد يتعرض الفرد منذ طفولته الأولى لبعض المواقف التي يحدث فيها خوف أو تهديد ولا يصاحبها تكيف ناجح، ويترتب على ذلك مثيرات إنفعالية من أهمها عدم الإرتياح الإنفعالي وما يصاحبها من توتر وعدم إستقرار.

ولا تختلف نظرية سكنر (Skinner) كثيراً عن مسار التفسير الإشتراطي الكلاسيكي، حيث يرى أن السلوك إجمالاً بما في ذلك السلوك غير السوي والمرضي كنتيجة لمرور الفرد بخبرات مثيرة للقلق عززت بدرجة جعلت منها مثيراً قوياً ومستمراً لمثل هذه الاضطرابات.

(اسماعيلي يامنة، 2017، ص101.102)

## 3.6 النظرية المعرفية (Cognitive theory):

يرى بيك (Beck) القلق انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً عبثاً عن تقويم أو تقديم لخطر محتمل ويرى أن أعراض القلق والمخاوف تبدو معقولة للمريض الذي تسود تفكيره موضوعات الخطر، والتي قد تعبر عن نفسها من خلال تكرار التفكير المتصل بها وانخفاض القدرة على التمعن أو التفكير المتعقل فيها وتقويمها بموضوعية هذا يؤدي إلى تعميم المثيرات المحدثة للقلق إلى الحد الذي يؤدي إلى إدراك أي مثير أو موقف ،كمهدد فانتباه المريض يبدو مرتبط بتصور أو انشغال البال الدائم بالمثيرات

الخطيرة وبسبب تثبت أو توقف معظم انتباه المريض على المفاهيم أو المثيرات المتصلة بالخطر، فإنه يفقد كثيراً من مفهوم الخطر مع القدرة على أن ينقل فكره إلى عمليات أخرى داخلية أو إلى مثيرات أخرى خارجية، فموضوع الخطر مبالغ فيه، مع الميل إلى تحويل المآسي والأخطار الافتراضية وجعلها مساوية للأخطار الحقيقية. (اسماعيلي يامنة، 2017، ص 104.105 )

### 7 - انتشار القلق

القلق النفسي العام من الأمراض النفسية واسعة الانتشار وتتراوح التقديرات في مختلف أنحاء العالم والإحصاءات من 4-6% من مجموع السكان وإنتشاره يزداد في النساء عن الرجال ، وعلى الأغلب فإنه يبدأ في ريعان الشباب بعد سن العشرين ، وأما ظهور القلق العام للمرة الأولى في العقود التالية فغالبا ما يكون مرافقا للإكتئاب، والإصابة بالقلق العام قد تترافق مع اضطرابات القلق الأخرى كالفزع والرهاب والوسواس ، كما أن العلاقة بين القلق والإكتئاب كبيرة جدا، وتشكل جزءا مهما من المشاكل النفسية التي يتم معالجتها في العيادات والمستشفيات والمراكز النفسية المختلفة في أنحاء العالم ، كما أن القلق له ارتباط بإساءة استعمال المؤثرات العقلية والعقاقير الخطرة ويزداد سوء استعمال الكحول بين هذه الفئة من المرضى .

كما يري الدين يعانون من القلق أنفسهم معتلي الصحة البدنية فيترددون على الأطباء في مختلف الاختصاصات والمستشفيات والعيادات الخارجية والطوارئ ، وتلث مرضى القلق العام يتأثر وضعهم الإجتماعي وعشرهم يتأثر عمله ، وعلى سبيل المثال فإن كلفة علاج مرضى القلق العام في الولايات المتحدة الأمريكية تقدر بحوالي 43 مليار دولار سنويا ، أكثر من نصفها تنفق على الإجراءات الطبية غير المطلوبة، ولا يصرف أكثر من الثلث على المعالجة النفسية الصحيحة ، فالإنطباع العملي يشير إلى أن القلق في مجتمعنا العربي لا يقل إنتشارا عما هو في الدول الأخرى ، خصوصا في العقود الأخيرة وما طرأ فيها من تحولات وتغيرات إجتماعية وإقتصادية؛ أثرت على الترابط الأسري والتمسك بالدين الحنيف ، وتزداد حالات القلق في المدن المكتظة وبين العاطلين عن العمل، والمطلقين والأرامل (وليد سرحان، 2008، ص 26.27)

### 8 - علاج القلق

#### 1.8 العلاج الدوائي:

لقد تباينت الطرق والأساليب في علاج اضطرابات القلق منذ أقدم العصور ورغم التقدم العلمي الكبير الذي طرأ على معالجة الأمراض النفسية بما فيها القلق؛ إلا أن هناك حاجة للمزيد من التقدم في هذا

المجال، وقد تطرقت كافة المدارس في علم النفس والطب النفسي للقلق، وعلاجه ، كما أن العقود الأخيرة شهدت تطورا ملموسا في تحضير العقاقير المضادة للقلق والتي أثبتت فعاليتها العلاجية بشكل ملموس في إزالة القلق أو على الأقل التخفيف منه تدريجيا وشفائه، وإن أهم هذه العقاقير مجموعة البنزوديازيبين (Benzodiazepines) والتي ظهرت منذ أربعة عقود وما زالت تستعمل بشكل جيد حتى الآن ويطلق على هذه المجموعة مجموعة المطمئنان الصغرى.

إن الوضع الراهن لهذه المجموعة من العقاقير يجمع في طياته مجموعة من التحفظات ، فبالإضافة إلى كونها تسبب الإدمان إذا لم تستعمل بشكل منضبط حسب نصائح الطبيب النفسي وإن الإستمرار عليها فترات طويلة يفقدها الكثير من فعاليتها ، ولذلك فإن إستعمالها سيكون مقتصرًا على الحالات الحادة أو الحالات التي تتطلب تهدئة مؤقتة ، والخبرات اليومية تدل على أن الكثير من مرضى القلق يقعون في مشكلة الإدمان على هذه العقاقير ويزيدون جرعتها ويصلون إلى الإدمان الكامل ، ويكون تركها بشكل مفاجئ صعبا، ويؤدي إلى أعراض انسحابية وشعور شديد بالحاجة إلى تناولها، وبكميات متزايدة ، وهذه العقاقير هي الوحيدة المستعملة في حقل الطب النفسي التي تؤدي إلى حالة من الإعتماد النفسي والجسدي، ورغم كل محاذيرها إلا أن هناك ملايين البشر الذين إستفادوا ويستفيدوا منها بالإستعمال الصحيح ، طالما أن وصفها وإستعمالها كان حسب الأصول الطبية المتعارف عليها ، وهناك صنف آخر من المهدئات هي المهدئات الكبرى أو مضادات الذهان، والتي يمكن إستعمال جرعات صغيرة منها كمضادات للقلق مثل عقارات السلبرايد (Sulpride) رسيبردال (Risperidal)، فلينكسول (Flunaxol) كلوبيكسول (Clopixol) هالدول (Haldol)، أمسلبرايد (Amisulpride) ، (سيركويل) Serquel.

إن التطور الهام في المعالجة الدوائية هو إستعمال مضادات الإكتئاب الحديثة بعد أن إستعملت مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات خلال عقود طويلة ، وكان لها فعالية في معالجة القلق؛ إلا أن أعراضها الجانبية كانت كثيرة ، أما المجموعة الأحدث فهي مجموعة مثبطات إعادة إمتصاص السيروتونين النوعية SSRI وتشمل عدة أدوية فعالة في القلق وأعراضها الجانبية قليلة :

Fluxetine (Prozac, Oxetine, Anxetine, Rozax) Fluvoxamine (Faverin)

Paroxetine (Seroxat) Setraline (Zolfot, Setral) Citalopram (Iecital, cipram)

( نفس المرجع السابق ،ص 43.42)

## 2.8 العلاج السلوكي

تبنى كثير من الباحثين هذه الطريقة، حيث يفترض السلوكيون في علاج القلق أن الاضطرابات الانفعالية ردود فعل متعلمة يتغلب بها الشخص على مختلف واقف العصبية، وعند العلاج يضعون في

حيز التطبيق مبادئ التعلم - وعدم التعلم - وتوجد عدة مداخل رئيسة في العلاج السلوكي، منها الإشراف المضاد، والذي يُعد كسرًا للرابطة بين منبه واستجابة معينة حدث لهما إشراف تقليدي، ويستخدم الإشراف المضاد ثلاث طرق أساسية منها أسلوب التحصين التدريجي الذي تطورت طريقته في الإشراف المضاد على يد " وولبي " J.Wolpe عام 1958، حيث توصل إلى عدد من الاستجابات التي تكف القلق منها استجابات الاسترخاء، حيث يتعلم المريض الاسترخاء في بضع جلسات تبدأ بإدراكه لفكرة الشد في العضلة مقابل إرخائها ويبدأ التدريب بعضلات الذراع عادة حتى تشمل جميع المجموعات العضلية في الجسم، كما يتعلم المريض أن يتنفس تنفساً هادئاً منتظماً، وأن تسترخي جميع أطرافه وكل عضلات جسمه ويعرف المعالج العميل بأن الاسترخاء يناقض القلق مباشرة ويطلب منه أن يمارسه بين الجلسات ويشجعه على تحقيق الاسترخاء لكل العضلات التي لا تكون في حالة استخدام أو نشاط في جميع الأوقات (الاسترخاء الفارق، مع ضرورة التأكيد على الاسترخاء حينما يتعرض للقلق بصفة خاصة عن طريق بعض المنبهات، ويخبر المريض بأن كفاءة هذا المنهج العلاجي بأسره تتوقف على قدرته على أن يقوم بكفاءة باستبدال الاسترخاء باستجابات القلق. (امثال هادي الحوليه، 2010، ص 65)

### 3.8 العلاج التحليلي

وفيه يتم الكشف عن الصراعات المكبوتة من خلال سلسلة . من الجلسات التي يبوح فيها المريض عن مشكلاته وأحلامه وما يراه من كوابيس أو أحلام مزعجة، وبخاصة تلك الأحلام المتواترة ويجتهد المعالج في إيجاد علاقة ودية بينه وبين المريض، ويشجعه على التعبير عما بنفسه سواء بالكلام أو الرسم أو الحوار الذي يتم بينهما. ويقوم المعالج النفسي بتفسير مكنون اللاشعور والتوصل إلى جذور المواقف والملابسات التي أدت إلى التوتر أو الرعب والهلع الذي يعاني منه المريض. ثم يقوم بتوضيح ذلك باستخدام أساليب التوجيه أو الإيحاء غير المباشر.

والتحليل النفسي يفيد في إظهار الذكريات القديمة المطمورة في العقل الباطن والوصول إلى الأسباب الدفينة للقلق، والتنفيس عن الكبت، وحل الصراعات المتشابكة في العقل الباطن على مستوى الإدراك والوعي. وهذا يسهم في إنهاء حالة التوتر أو التخفيف من حدتها.

وقد يُستخدم مع التحليل النفسي العلاج الاجتماعي والبيئي، وفي بعض الحالات يستخدم العلاج المعرفي أيضاً، أو العلاج السلوكي، وكذلك العلاج بالاسترخاء.

والمعالج هو الذي يحدد مدى استفادة المريض من هذه الأساليب العلاجية ومدى احتياجه لكل منها.

وبصفة عامة فإن العلاج النفسي بكل أنواعه وأساليبه يهدف إلى تنمية وتطوير شخصية المريض وزيادة بصيرته، وتحقيق توافقه وإعادة ثقته بنفسه، وقطع دائرة التشكيك والمخاوف والتوقعات السلبية ودعم الشعور بالأمن، وتحقيق الهدوء الوجداني.

وتؤكد الدراسات أن العلاج النفسي الذي يتضمن دراسة حالة المريض بدقة والتعرف على صراعاته ومشكلاته وظروفه يؤدي إلى سرعة الشفاء من اضطرابات القلق دون أى انتكاسات أو ترك أي آثار سلبية على المريض. (ابراهيم علا ، 2010 ، ص 184,185)

### 4.8 العلاج البيئي والاجتماعي

وذلك عن طريق تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصدقات و الموسيقى والعلاج بالعمل .

### 5.8 العلاج الجشطالتي (Gestalt therapy):

ويركز هذا العلاج على خبرات الفرد الواعية بذاته وبيئته باعتبارها محور حياته ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنية المقعد الخالي حيث يجلس المريض على مقعد وأمامه مقعد خال يتخيل جلوس شخص آخر عليه ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص وكذلك فنية الاسترخاء والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي إلى الفرد وغير ذلك من الفنيات .

### 6.8 العلاج الذاتي (Self-treatment):

هو ذلك الأسلوب الذي يمارسه الشخص دون تدخل خارجي، فالعلاج الذاتي يعطي للشخص الفرصة ليفعل كل شيء بنفسه من خلال الترغيب والترهيب والمكافأة والعقاب وهذا الإتجاه يعود إلى زمن قديم في عبارات سقراط (Socrate) أعرف نفسك بنفسك، وقد تطور العلاج الذي يقوم على تنمية قدرات الشخص بواسطة طريقة الباحث كارل روجرز (Rogers) والعلاج عن طريق ملاحظة الذات يمكن للفرد الكشف عن خبايا حالته وبالتالي السيطرة عليها . (نفس المرجع السابق، ص 118,119).

### خاتمة

في الختام يعتبر القلق النفسي اضطرابًا نفسيًا خطيرًا يؤثر على جودة الحياة للأفراد. يجب على الأفراد البحث عن المساعدة الطبية والنفسية اللازمة للتغلب على هذا الاضطراب. يمكن التغلب على القلق النفسي من خلال العلاج النفسي والأدوية المناسبة، ويجب على الأفراد العمل معًا لتحسين الوعي العام بالقلق النفسي وتقديم الدعم المناسب للأفراد الذين يعانون منه. يجب على الأفراد العمل على تحسين الوعي العام بأهمية الصحة النفسية والعمل على توفير الدعم اللازم للأفراد الذين يعانون من القلق النفسي.

# الفصل الثالث

## الانتحار

### المقدمة

1. تعريف الانتحار
2. أسباب الانتحار
3. أنواع الانتحار
4. أهم النظريات المفسرة للانتحار
5. الانتحار في الجزائر
6. الانتحار في الإسلام
7. منع الانتحار

### الخاتمة



### مقدمة

يعتبر الانتحار ظاهرة خطيرة ومأساوية تؤثر على حياة الأفراد والمجتمعات بشكل عام. يمكن تعريف الانتحار على أنه الفعل الذي يقوم به الأفراد بإنهاء حياتهم بطريقة متعمدة. تعد الأسباب المؤدية إلى الانتحار متعددة ومعقدة، وتشمل العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والصحية. يجب على المجتمعات العمل على توفير الدعم اللازم للأفراد الذين يعانون من الاكتئاب والقلق والأمراض النفسية الأخرى، وتوفير الوعي اللازم للأفراد بأهمية الحفاظ على الصحة النفسية والعمل على تقليل معدلات الانتحار في المجتمعات و في هذا الفصل سنرى أسباب الانتحار و كيف فسرتة النظريات العلمية.

## 1- تعريف الانتحار

### الانتحار لغة

يقصد بالانتحار لغوياً : عملية قتل الذات بذاتها، وهو مفهوم مشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل caedere بمعنى ( يقتل ) والاسم (sui) بمعنى النفس أو الذات في الفرنسية suicide وكذلك الإنجليزية .

وفي اللغة العربية تفيد كلمة (انتحار) معنى متماثلاً : فالكلمة مشتقة من الجذر (نحر) أي ذبح أو قتل ، وانتحر الشخص أي ذبح نفسه أو قتل ونحر البعير نحرأ أي طعنه في منحره حيث يبدو الحلقوم من أعلى الصدر.

ويقال في اللغة تناحر القوم إذا تشاجروا لحد الهلاك وقد استعملت كلمة (بخع نفسه) في القرآن الكريم والأحاديث النبوية ونصوص التاريخ الإسلامي مرادفة لكلمة ( انتحار) وتعني هلك نفسه أو انتهت غما . قال تعالى : فَلَعَلَّكَ بَاخِعٌ نَفْسِكَ عَلَىٰ آثَارِهِمْ ... (سورة الكهف ) . (عبد الله بن مسعود، 2006، ص25)

### اصطلاحاً

يعرف دوركايم (1952) Durkheim الانتحار بأنه: هو كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة، أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي، يقوم به الفرد بنفسه، وهو يعرف أن هذا الفعل يصل به إلى الموت.

في حين يعرفه سمعان (1964) بأنه: كل فعل أو أفعال يقوم بها صاحبها لقتل نفسه بنفسه، وقد تم له ذلك وانتهت حياته نتيجة هذه الأفعال.

### الانتحار في علم النفس

يعرفه الغريير وأبو أسعد (2009) ، بأنه عملية اختيار الموت عندما يستطيع الشخص اختيار الحياة، وهو ناتج عن رفض معين للواقع، أو حالة توتر شديدة. ويعرفه الباحثان أيضاً بأنه المسمار الأخير في نعش الصحة النفسية والعقلية، ويأتي في الدرجة الخامسة والأخيرة في تصنيف خطورة المرض النفسي. (عدنان محمد، 2014، ص21)

## مفهوم المحاولة الانتحارية

من وجهة دور كايم يعرفها بأنها فعلا معروفا ، ولكن توقف قبل أن تكون الموت هي النتيجة".

وفي هذا الصدد يرى شيد مان Sehe Idman أن الهدف من محاولة الانتحار غالبا ما تكون من أجل تغيير الحياة أكثر ما تكون لأجل انقطاعها. وانطلاقا من ذلك يعتبر العلماء المحاولة الانتحارية عرضا يؤدي وظيفة نداء موجه للمحيطين بالشخص. 1 إن للمحاولة الانتحارية مرادفات عدة من بينها:

شبه انتحار Le pseudo suicide

نصف الانتحار Le demi suicide

تقريبا انتحار Le quasi suicide

-انتحار متوقف Le suicide interrompu

انتحار غير ناجح Le suicide sans succès

فشل في محاولة الانتحار Echec d'une tentative de suicide

يرى "تيتشر" « TEATCHER » أن المحاولة الانتحارية هي نموذج لأعمال عدوانية اتجاه ظروف تهدد الفرد بفقدان الضمان والاستقرار، فعدم إكمال الانتحار يدل على مدى الاضطراب الذي يعيشه المنتحر.

ويرى كل من "سيجال" "SEIGAL" و "فريدمان" "Freid Man" « أن فشل الانتحار كثيرا ما يلزم أو يدفع المحيطين بالشخص إلى حل مشاكله وتحقق في هذا الصدد يقر "مورون" « Moron » أن الميل إلى الحياة دائما موجود. (تومي نعيمة، 2005، ص14)

## 2- أسباب الانتحار :

### 1.2 الأسباب النفسية

في ما يخص دور الأمراض النفسية العقلية حول اشكالية الانتحار Birnard et al يقدران ان اكثر الأسباب المحددة للانتحار حوالي 90% من المنتحرين يعانون من اضطرابات عقلية أثناء موتهم، و من خلال العينة المدروسة من طرف Schneider et al 2006 علي سبيل المثال (163 حالة تم انتحار في مقابل 396 حالة تم التحكم فيها) 90% من المنتحرين رجال كان يعانون من اضطرابات التي تندرج في المحور الأول في الدليل التشخيصي DSM 5 و في المقابل 30% نسبة الحالات المسيطر

عليها , اما بالنسبة للنساء كانت حوالي 88% نسبة المنتحرين مقابل 35% نسبة الحالات المسيطر عليها داخل المجموعة

و حول نضرة Staikowsky et al 2008 يري عوامل الانتحار تكون من 20 الي 120 اكثر مرتفعة عند الاشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية مقارنة بالأشخاص العادين . و في وجود أمراض مشتركة يزيد من احتمالية القيام بعملية انتحار و يمكن ان يتضاعف بي 20 مرة عندما يتم تشخيص ثلاث أمراض معا .

ان اضطرابات المزاج تظهر علي رأس قائمة الأمراض الأكثر مصاحبة للعملية الانتحار مع 20 مرة أكثر لإمكانية الانتقال إلي الفعل الانتحاري عندما يكون هذا النوع من الاضطرابات موجود . و بين 40% و 50% من حالات الموت عن طريق الانتحار يكون لديهم اكتئاب حاد , و 2% إلي 12% من المرضى الذين يعانون من اكتئاب حاد يفقدون حياتهم عن طريق الانتحار و و حوالي 29% الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب يقومون علي الأقل بمحاولة واحدة للانتحار خلال فترة حياتهم . و كما أن الأمراض العقلية و النفسية لها تأثير كبير و متغير في عملية الانتحار حسب عدة الدراسات مثلا بين 40% و 70% من المنتحرين لديهم اضطراب الشخصية , مع خطر مرتفع بالنسبة للذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية و المضادة للمجتمع .

و اضطرابات القلق تزيد 6 مرات خطر الانتحار , مع انتشار القلق الاجتماعي و اضطرابات القلق العام و متلازمات القلق ما بعد الصدمة , من خلال 505 من المرضى المدمنين علي الكحول دراسة chignon et al 1998 ان 25% يقومون بمحاولة انتحار في فترات حياتهم.

(Jérémy Vandevoorde, 2006, p18.19)

### 2.2 العوامل الاجتماعية

العوامل الاجتماعية المؤدية إلى الانتحار كثيرة ومتعددة، وتختلف من مجتمع إلى آخر، ومن بيئة إلى أخرى، ويمكن إبراز أهم هذه العوامل وهي على النحو التالي:

### 3.2 التفكك الاجتماعي:

التفكك الاجتماعي هو حالة معاكسة للتنظيم الاجتماعي القائم على الروابط القوية، والتفاعل بين أفراد المجتمع، فإذا كانت الجماعة غير متماسكة في علاقاتها الداخلية، ولم يشعر الفرد بأن له قيمة عالية فيها، ولم يجد جماعة جديدة يرتبط بها، عندئذ يصاب بقلق شديد فيفكر بشكل مضطرب ويعتري شعوره

الارتباك، وإذا عاش الفرد منعزلاً عن الجماعة الاجتماعية، تصبح حياته بائسة، فيصل الفرد في نهاية المطاف، إلى أن يصبح سلوكه عبثياً

#### 4.2 التفكك الأسري والظروف العائلية:

لقد تناول كثير من العلماء الأسرة، منهم ميردوك "Merdok" وبرجس "Burguss" وعرفوها على أنها مجموعة من الأشخاص تربطهم رابطة اجتماعية تتميز بمكان إقامة مشترك وتعاون اقتصادي، ووظيفة تكاثرية قائمة على علاقة جنسية بين اثنين مختلفين في الجنس، ينتج عنها إنجاب الأطفال أو عدمه، ويتفاعلون معاً وفقاً لأدوار اجتماعية محددة.

والأسرة هي نواة المجتمع، وأول الجماعات الأولية فيه، ولها الدور الأبرز في وحدة وتماسك المجتمع، من خلال التنشئة الاجتماعية السليمة لأفرادها، والتفاهم والونام بين الزوجين والأبناء، وتحديد الأدوار والالتزام بها، وغيرها من العوامل التي تؤدي إلى تماسك الأسرة واستمراريتها، وإذا حصل وهن أو ضعف في ه الأسرة فإنه يؤثر سلباً على المجتمع بشكل عام، لأنها هي نواته الأولى، ودورها هو مكمل لأدوار المجتمع الأخرى (عدنان محمد، 2014، ص46، 47)

نضيف إلى أسباب الانتحار المشكلات الأسرية واحترام الذات، إذ إن الصراعات الأسرية المتكررة أو الشديدة بين أفراد الأسرة وخصوصاً الوالدين، وكذلك عيش الطفل أو المراهق مع زوجة أب قاسية أو زوج أم قاس، أو تعرض الطفل للضرب والإيذاء أو الحرمان العاطفي بشكل متكرر، أو الإهمال للطفل وحاجته النفسية والجسدية، أو تعرض المراهق للنقد المستمر أو الاستهزاء وعدم احترام ذاته ومشاعره، وتعليم الوالدين المُتدني، وحالات الاغتصاب للنساء. قد تؤدي جميعها إلى الوصول إلى حالة اكتئاب شديدة ومن ثم التفكير في الانتحار والتخلص من الحياة

وتشير دراسة كندية حديثة أجراها باحثون من جامعة تورونتو إلى أن إساءة معاملة الأطفال والعنف الجسدي الذي يتعرض له الأطفال قد ينعكس على مستقبلهم بشكل كارثي، إذ تسيطر الأفكار الانتحارية على عقولهم بعد البلوغ بشكل أكبر بكثير مقارنة بأولئك الذين لم يسبق أن تعرضوا للإساءة.

وأوضحت الدراسة، التي نُشرت في مجلة "سويسايد أند لايف"، أن ثلث البالغين الذين تعرضوا لسوء المعاملة في صغرهم لدرجة تصل حد الإيذاء الجسدي فكروا بجدية في إنهاء حياتهم بأنفسهم مرة واحدة على الأقل. (ياسر ثابت، 2012، ص21، 22)

## 5.2 بعض العادات والتقاليد

العادات والتقاليد جزء من ثقافة المجتمع السائدة، قد تصل إلى حد القوانين المازمة لأفراده، ولقد كانت مستمرة بقوتها الضابطة للمجتمع، حتى مراحل متأخرة من القرن الماضي، وتلعب دوراً مهماً أحياناً في الحد من الجريمة، عندما تسود المجتمع الالتزام بالمعايير والقيم والعادات التي تحكم الجميع، لذا فإننا نجد أحياناً أن بعض العادات والتقاليد تقف عائقاً أمام طموحات الأفراد، خصوصاً عندما يتعلق الأمر بالمقارنة بين القديم والحديث، فقيم الأب تختلف عن قيم الابن، ومتطلبات الأبن تختلف عن متطلبات الأب، ومع دخول الحداثة والتكنولوجيا للمجتمع، أصبحت تحد من سيطرة العادات والتقاليد على الأبناء، وأصبح الالتزام بها عائقاً أمام طموحاتهم، ومؤشراً سلبياً على الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، وحتى النفسية لبعضهم. (عدنان محمد، 2014، ص49)

## 6.2 الإدمان على تعاطي المخدرات وتناول الكحول

المخدرات كارثة اجتماعية رهيبية، ولها علاقة مباشرة في انتشار الجرائم الفظيعة من انتحار وقتل وتخريب ودمار في النفوس والعقول، فهي سم قاتل تضر الجسم وتذهب العقل وتسبب الفتور والهديان، وتفتح على المدمن أبواب الشرور والآثام، وتدفعهم إلى ارتكاب الجرائم، وتؤثر سلباً في شخصية المدمن، وتنتهي به إلى حالة من اليأس والحنوط ومن ثم إلى الانتحار.

إن انتشار المخدرات في الأردن قد زاد في السنوات الأخيرة، بحسب إحصائية إدارة مكافحة المخدرات لعام (2008-2009)، التي أشارت إلى زيادة انتشارها بكافة أنواعها في الأعوام الأخيرة، وهذا عائد إلى التغيرات الاجتماعية حصلت في المجتمع الأردني، بسبب الأزمات والحروب التي مرت بها التي المنطقة، مما جعل الأردن ملاذاً آمناً لكثير من الوافدين العرب وغير العرب فاستغل ضعف النفوس من هؤلاء، بالتعاون مع بعض أبناء الأردن تلك الأوضاع فقاموا بإدخال تلك السموم إلى الأردن، الأمر الذي أدى إلى ترويح هذه الآفة الخطرة، وبالتالي إدمان بعض الشباب عليها، وخاصة الحبوب المخدرة منها. (عدنان محمد، 2014، ص50)

## 7.2 أسباب بيولوجية وعضوية

وقد تكون للانتحار أسباب بيولوجية، كاختلالات في التوازن الهرموني وخاصة لدى الفتيات أثناء البلوغ، أو فقر الدم الناتج عن نقص الحديد، أو اضطرابات في الغدة الدرقية أو في سكر الدم، أو عدم التوازن الكيميائي في المرسلات العصبية (ياسر ثابت، 2012، ص24)

وحسب باحثين، فإنّ للانتحار أسباباً عضويةً منها الوراثة. ويمكن أن تكون الجينات الخاصة بالانتحار جينات منفصلة تؤدي إلى نوع من السلوك الاندفاعي من خلال اضطراب في مستوى مادة السيروتونين في المخ أو تكون هي نفس جينات الاضطرابات النفسية كالأكتئاب و إدمان المخدرات و الفصام و اضطرابات الشخصية

ومن الملاحظ إكلينيكيًا أنّ هناك عائلات تكثُر فيها حالات الانتحار، والمثل الشهير لذلك عائلة الروائي الأمريكي إرنست همنغواي، فقد انتحَر "همنغواي" وانتحرت أخته وانتحَر الأب قبلها، وانتحَر أشخاص آخرون في العائلة، ومنهم الحفيدة "مارغو" في 1996 . إنّ هذه الحوادث قد تتكرّر على نحو متماثل تقريباً، ليس من حيث أن الضحايا يقعون في الفئة العمرية نفسها فحسب، بل إنّها تنفَّذ أيضاً بطريقة متشابهة، مثل الانتحار شتقاً أو بالسقوط من مكان مرتفع أو باستخدام سلاح ممتلئ. وبدراسة التوائم المتماثلة وُجِدَ أنّ هناك 9 حالات فقط انتحَر فيها التوأمان من بين 51 حالة أي بنسبة تقترب من 20 % في حين أنّ التوائم غير المتماثلة لم يحدث أي اتفاق في الانتحار بين التوأمان. وهذا قد يشير إلى احتمالات الوراثة الجينية ولكن بشكل جزئي وغير حتمي.

وتبين دراسات أن معدل الانتحار في أقارب الدرجة الأولى للمرضى النفسيين يزيد 7 مرات عن معدل الانتحار بين سائر الناس. غير أنّ باحثين يرون أنّ الأمر ليس مرتبطاً بالوراثة بقدر ما هو متصل بـ«القوة المعدية للنموذج المحتذى»، إذ يرى هؤلاء أنّ «الانتحار مُعدٍ للغاية. وهذه القابلية للعدوى تظهر، على الأخص لدى الأفراد الذين تجعلهم بنيتهم أسهل انفتاحاً على كل الإيحاءات، بوجه عام، وعلى أفكار الانتحار بوجه خاص» (ياسر ثابت، 2012، ص26، 27)

### 3 - أنواع الانتحار

#### 1.3 الانتحار الفردي

قد يقدم الفرد على الانتحار بشكل فردي محض، وبدوافع فردية بحتة دون أن يكون هناك اتفاق مع آخر أو آخرين، وهذا النوع يمثل غالبية أنواع الانتحار .

#### 2.3 الانتحار الثنائي (اتفاق ثنائي على الانتحار)

ذلك النوع الذي يتركز على الرغبة في الموت (الانتحار) مع شخص آخر أو بعد موته بزمن وجيز، وهو ثنائي غالباً ويكون المنتحران من أسرة واحدة أو حلقة اجتماعية واحدة في الغالب وتربطهما عواطف ووشائج متينة على مر السنين .

### 3.3 الانتحار الجماعي

يمثل الانتحار الجماعي انتحار مجموعة من الأفراد في الوقت نفسه) ظاهرة بشرية قديمة وبدائية ، ويحدث كعدوى اجتماعية تنتقل من شخص إلى آخر بسرعة وبائية، ولذلك عده قسم من علماء أمراض النفس(هستيريا الجماعة )

### 4.3 انتحار الأسوياء (الانتحار السوي)

ونعني بالأسوياء هنا أولئك المنتحرين من غير المصابين بأمراض نفسية أو عقلية أو عضوية، ولا نعني بهم - بطبيعة الحال - أنهم أسوياء في التفكير أو الاعتقاد أو السلوك . وطبقاً لبعض الدراسات الميدانية، فإنَّ هذه الفئة تشكل ٢ من المنتحرين، ويكون الدافع للانتحار في صورة أفكار أو معتقدات أو عادات ويكون الفعل الانتحاري سلوكاً مختاراً ومقصوداً . (عبد الله بن مسعود، 2006، ص48)

### 5.3 الانتحار المرضي

وأصحاب هذه الحالات يقبلون على الانتحار بتأثير اضطراب عقلي . أو نفسي (ذهان أو عصاب)، وبالتالي فالسلوك الانتحاري لا يكون هنا مختاراً ومقصوداً وإنما تحت ضغط حالات نفسية وعقلية، كأن يسمع الشخص أصواتاً عليه وتريد منه الانتحار، ويشعر بأنه مطارد ويحاول الهروب بالانتحار (نفس المرجع السابق، 2006، ص50)

### 6.3 الانتحار العدوانى

هو نوع يجمع الجريمة و الانتقام و التهديد و النداء فالانتحار العدوانى هو سلوك يهدف من خلاله الي تانيب الغير و تحسيسه ب الدنب .في هذه الحالة يتميز الفرد بفرد اعتبار الدات و المبالغة لأهمية السبب الذي ينتحرمن اجله . و تدمير الدات ناتج عن عدوانية لاشعور موجهة نحو الدات و ايضا موجهة نحو المحيط

### 7.3 الانتحار المتكرر

هو الانتحار الذي يحاول من خلاله لفرد التهرب من ظرف مميز أو حدث مؤلم كموت قريب أو الخوف من العقاب لذلك يقدم الفرد علي الموت ليغيب.(تومي نعيمة، 2005، ص33، 34)



## 4 - النظريات المفسرة لانتحار

### 1-4 مدرسة التحليل النفسي

بدأت هذه المدرسة على يد العالم النمساوي (سيجموند فرويد Sigmund Freud)، الذي استطاع الكشف عن جانب اللاشعور من النفس، خلال مراجعات المرضى له للعلاج، حيث كان يعمل طبيب عصبي يعمل في تشريح الأدمغة، ثم انظم إليه مجموعة من العلماء، كان منهم كارل جوستاف يونغ (Yung)، والفرد إدلر (Adler)، وغيرهم.

تذهب مدرسة التحليل النفسي إلى تقسيم النفس البشرية إلى قسمين أساسيين هما

1- الشعور : وهو مجموعة من الاستجابات العقلية التي نشعر بها وقت حدوثها، فنذكرها ونعرف ماهيتها، مثل الحب الغضب، الفرح، الحزن، الألم، الكراهية .... الخ.

2- اللاشعور : وهو مجموعة الاستجابات العقلية الباطنية المخفية، التي لا ندرك نشاطها، وتشغل مساحة كبرى من حياة الإنسان النفسية، ولها تأثير عميق في أفكارنا وسلوكنا وعواطفنا، وغيرها من الرغبات والمثيرات والمشاعر والميول، التي لا تتوافق مع قواعد المجتمع، ولا تتوافق مع سلوك الشخص نفسه .

ويخلص (الدباغ، 1986) نظرية (فرويد) في بناء الشخصية وكيفية نضجها، أن الإنسان يولد وهو مجموعة غرائز وميول غير مصقولة وغير اجتماعية، سماها (ألهو) أو (ID)، وباحتكاك الطفل بمحيطه وواقعه، بما فيه من عقبات والآم ورفاه يدرك واقعه شيئا فشيئا، ويعي نفسه بالنسبة لغيره، وحينذاك تتكون له شخصيته العاقلة والواقعة وهي الأنا (Ego) ، وفي نفس الوقت وبعد مرور بضع سنين من عمر الطفولة، تتعلق أفكار وعواطف الإنسان بمثل عليا وشخصيات مرموقة ، يتطلع إليها باحترام وإكبار ، وهي شخصيات أبوية قد تكون مصدر محبته أو ألمه، مصدر ومن ثم يخضع لتقاليد وتعاليم مجتمعه ودينه، فيتكون قسمه الخيالي المثالي وهو الأنا الأعلى Super Ego ، ويصبح الأنا الأعلى بمثابة ضمير أو حاكم، يتطلع إلى الكمال ويتقصد شخوص آماله ، ويرى (فرويد) في النهاية أن المنتحر يقع فريسة لغريزة أو لانفعال عدائي، أخفق في التعبير عن نفسه، فانعكس على الداخل، أي على الذات نفسها ليقتلها، وعندما يصل الفرد إلى مرحلة الاكتئاب واليأس، يصبح الموت عنده مقبولا ، وقد ينتحر الفرد وهو يهدف إلى قتل غيره، أو يريد الموت لنفسه، وهو يعني الحياة السعيدة التي يمكن أن يحيها.

(عدنان محمد، 2014، ص97، 98)

## 2.4 النظرية الاجتماعية

وجود الفرد غير مستقل بذاته ، حتى الوجودية التي كانت تمجد الفرد ووجوده انتهت إلى ان وجود المرء يؤثر في وجود غيره وبذلك عنيت أيضاً بناحية الوجود مع الغير Mit - sein فالشخصية الانسانية تعيش في مجال أو جو من الأسرة والمجتمع الصغير فالأكبر . ومن هذا المجال يستمد الانسان معاني كثيرة ويتأثر بمؤثرات عديدة . فالسلوك الانساني مرتبط بمجمعه ارتباطاً وثيقاً . والسلوك الانتحاري هو واحد من مجموع السلوك البشري . حتى الأمراض العقلية لا يمكن فهمها بدون معرفة سابقة لمحيط الفرد وثقافة بيئته. فالشاذ في مجتمع ما قد يكون طبيعياً ومقبولاً في مجتمع آخر

بهذه النظرة دخل الانتحار في حلقة الدراسات الاجتماعية بعد ان كان «عملية جنونية منبوذة» . وكان الرائد الاول في دراسة الانتحار من الناحية المحيطة والاجتماعية هو العالم الاجتماعي الفرنسي ( اميل دوركهايم ) ، فقد فتح آفاقاً جديدة وحول المعضلة الفردية للانتحار إلى تيار الحركة الاجتماعية العامة أي أنه جعل من الانتحار ظاهرة سلوكية ( شبه وبائية ، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بعوامل زمنية ومحيطية و اجتماعية . فهو لم يدرس شخصية الفرد ومقوماتها بقدر ما حاول دراسة العوامل الاجتماعية المؤثرة في السلوك الانتحاري ، كتأثير القمر في دورات المد والجزر كتأثير القطب المغناطيسي في القطع الحديدية الموجودة في مجاله . وقد صنف دو كهايم الانتحار إلى ثلاثة اصناف رئيسية هي :

أولاً - الانتحار الايثاري Altruistic ، كانتحار الاستشهاد والتضحية والفداء في الحروب ( ومنها انتحار الكاميكازي لدى اليابانيين ) ، وكانتحار الكابتن (سميت) قبطان البخرة العظيمة ( تيتانيك ) في سنة 1912 عندما غرقت بعد ارتطامها بجبل جليدي عائم . و اشار دوركهايم إلى ان هذا النوع من الانتحار يحدث في الناس الذين تكامل امتزاجهم بمجتمعهم وفاض على كل ما عداه من ميول . لذلك فان الفرد لا يدرك - وجوده إلا عن طريق وجود مجتمعه - وهو نوع من التقمص الامتصاص جعل من ( الانا ) و

( الانا الاعلى) أجزاء من ذلك المجتمع.

ثانياً - الانتحار الأناني Egoistic ، ( او الأثري ) وهو يتم تحت وطأة عوامل قاسية ومحن وظروف غير مريحة في الاسرة او الحلقة الاجتماعية الخاصة فهو نوع من الإراحة أو التهرب من الازمات ، ويحدث غالباً لدى الناس الذين لم يتقمصوا مجتمعهم بما فيه الكفاية فتكون المصلحة الفردية هي العليا والمأساة الشخصية اجدر بالمعالجة ، وفصم أو شاج التعاطف الاجتماعي أيسر من التقيد بها .

ثالثاً - الانتحار الفوضوي Anomic ، وطابعه الاضطرابات الحادة والأزمات المفاجئة التي تدفع ببعض الناس إلى إزهاق أرواحهم كما يحدث عادة في الازمات الاقتصادية والبطالة المفاجئة او ارتباك النظام

الاجتماعي العنيف او الثورات والانقلابات . فهو إذن انتحار فرد وجد نفسه على حين غرة وقد انقطعت صلته بمجتمعه الذي ألفه منذ زمن

ومهما تعددت اصناف الانتحار فانها تدل بمجموعها على حيوية علاقة الفرد بمحيطه وبيئته ونوعية الأسرة تلك قد تدفع بالمرء إلى الموت : فمن علاقة محكمة متينة جداً ( ايثارى ) او أسرة واهية نحيفة ( اناني ) ، او وشيجة انقطعت دون رحمة او سابق إنذار ( فوضوي ) . فالوجود في المجتمع ، وشعور المرء بتبعيته له والتعاطف المعنوي المتبادل ، له أثره في حدوث السلوك الانتحاري

(فخري الدباع،1968،ص57،58،59)

### 3.4 المدرسة السلوكية وتفسير الانتحار

ينظر السلوكيون ( أصحاب المدرسة السلوكية في علم النفس) إلى الانحراف عموماً (السلوك الانحرافي) على أنه سلوك مكتسب من البيئة وانه لا صلة للإنسان به ، ومن ثم فهم لا يصنفون مسميات هذا السلوك على أنه سوي أو شاذ. فكل سلوك إنساني ( أياً كان هذا السلوك) هو في نهاية الأمر سلوك مكتسب يتعلمه الإنسان من المحيط الذي يعيش فيه.

ولما كان السلوك عموماً هو كل ما يصدر عن الفرد من استجابات مختلفة إزاء موقف يواجهه أو إزاء مشكلة يحلها أو خطر يهدده أو قرار يتخذه، فإن السلوك الانتحاري ما هو إلا استجابة تصدر طبقاً للاتجاه السلوكي الذي يتعلمه ويكتسبه الإنسان من البيئة المحيطة .

وتعد قابلية السلوك الإنساني في التغيير والتعديل مبدأ أساسياً من المبادئ التي يقوم عليها العلاج السلوكي الحديث، وهو أيضاً من المبادئ التي يقوم عليها مجموعة من التخصصات المهنية (مهن المساعدة الإنسانية) التي تقدم العون للناس في مواجهة مشكلاتهم. helping professions مثل الخدمة الاجتماعية والطب النفسي والإرث والنفس وغيرها .(عبد الله بن مسعود،2006،ص100)

### 5 - الانتحار في الجزائر

من الناحية الأخلاقية والثقافية، يعتبر الانتحار إثماً، فالمنتحرون هم أناس قد افتقدوا كل معلم ولم يتلقوا أي تكوين ديني حقيقي. ورغم اعتباره جرماً أساسياً في الإسلام، يبدو أن الانتحار قد تحول إلى هروب، بالنسبة لكثير من الجزائريين خاصة عند شريحة الشباب اليائسين حتى الوقت الراهن لا يعقل ولا يفهم لماذا ينتحر الشباب الجزائري، رغم كونه مسلماً ملتزماً. وعليه، يمكننا أن نتساءل عن الدوافع التي تقف وراء اللجوء إلى الانتحار ؟ ويمكننا هنا أن نطرح السؤال التالي: هل أن المجتمع الجزائري الراهن مستعد، جاهز ومهيأ لتقبل حقيقة وجود أمراض تنخر وتهدد استقراره وتماسكه؟

إن الحقيقة ليست كذلك أبداً، إذا استندنا إلى المعطيات الملتقطة من مختلف مصالح الحماية المدنية الطب الشرعي والأمن والدرك الوطني حول إشكالية الانتحار ، لكن كل مرة يتم فيها تقديم أرقام عن ظاهرة الانتحار، فإن مصداقيتها تكون دوماً محل ريبة، والدليل على ذلك وفي كثير من البلدان ولدواعي عديدة، يتم التستر على عدد ضحايا الانتحار ؛ بحيث أن الأرقام الحقيقية، يفترض أن تكون أكبر من ذلك. وجهة النظر هذه، تؤكد لها منظمة الصحة العالمية نفسها، وهو ما يدعم خطورة الإحصائيات المعروضة، وهناك مسألة أخرى تثار على الدوام وهي تعود إلى مدى قابلية تلك المعطيات للمقارنة بين مختلف البلدان، لكن عند اللزوم، يمكن استخلاص المعطيات الرقمية، بشأن هذه الإشكالية، من وثيقة المنظمة العالمية للصحة الموسومة صور" وعوامل حول الانتحار" التي نشرت عام 1999. لكن هذه الأخيرة، لا تعرض سوى الأرقام الرسمية التي تقدم للمنظمة الأممية، من قبل بعض الدول الأعضاء الجزائر فيما يخصها لا تقدم إحصاءات بهذا الشأن. وهي أرقام مبنية على شهادات الوفاة الحقيقية التي يمضيها الموظفون المكلفون شرعياً بذلك. ورغم غياب كثير من المعطيات حول ظاهرة الانتحار (الجانب الإحصائي) تحديداً فقد يتم التمويه والتستر على بعض جرائم القتل في شكل انتحار، وطبيعة الفروق بشأن تواتر هذه الظاهرة، وفقاً لمراحل التطور الاجتماعي والاقتصادي، من مرحلة ما قبل الاستقلال إلى مرحلة الاستقلال والبناء الاجتماعي الحديث، بمختلف تقلباته السياسية، الاجتماعية والاقتصادية وانتشار وتوزيع الظاهرة، بين الأرياف والمدن وتباينها بحسب: الجنس بين الذكور والإناث وبين الحالات الاجتماعية المهنية وتأثير الوازع الديني. وتوزيعها بحسب الحقب السنوات الفصول، الأسابيع إن لم نقل الأيام، وبهذا الشأن، وحسب تقارير منظمة الصحة العالمية لقد ارتفعت حالات الانتحار لكل 100 ألف فرد في الجزائر ففي سنة 2000 بلغت 1.9 ، ثم 2.2 عام 2012 بتقدير 677 حالة انتحار، لتعود في سنة 2016 إلى نسبة 1.9 ، لتحل بذلك المرتبة 11 عربياً. (ساسي سوفيان، 2018، ص304,305)

### 6 - الانتحار في الإسلام

من ناحية دينية حرم الإسلام إيذاء الفرد لجسده وحثه على التداوي في حالة تعرض هذا الجسد للمرض ، أو عند الإصابة بأي أذى ، وذلك لأن الجسد أمانة عند صاحبه ولا يجوز له تحت طائلة العذاب المغلظ في الآخرة أن يؤذي جسده ، هذا وقد شدد الإسلام على موضوع النية عند ممارسة الفرد للفعل، وحديث النيات قال عنه الامام أحمد بن حنبل رضي الله عنه أنه ثلث الإسلام ، فمن كانت نيته قتل نفسه تسخطا من قضاء الله وقدره يختلف عن الشخص الذي يقدم نفسه إرضاء لله تعالى ومحبة به وأملاً في نيل رضوانه ، ومن الآيات القرآنية الكريمة التي نهت الإنسان عن قتل نفسه قال تعالى (( ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيماً ، ومن يفعل ذلك عدواناً وظلماً فسوف نصليه ناراً وكان ذلك على الله يسيراً ). " سورة

النساء الآية " ٢٩ - وهذا فيه الوعيد الشديد لمن فعل هذا الفعل المشين ، وسواء كان قتله لنفسه بطعن نفسه أو خنقها أو بترديه من شاهق ، أو بشربه لسم أو غير ذلك من الأسباب فإنه يعتبر قاتلاً لنفسه متعرضاً لعقاب الله الشديد ، متجاوزاً لحدود الله ؛ فقد أخبر أبو هريرة رضي الله عنه ، أنه شهد خبير مع رسول الله صلى الله عليه وسلم وبينهم رجل شديد على الكفار ، فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم " هذا من أهل النار ، فلما تبعه بعض القوم وجد أن هذا الرجل كثرت عليه الجراح فآلمته ، فأهوى بيده إلى كنانته فانتزع منها سهماً فانتحربها ، فقالوا : يا رسول الله قد صدق حديثك ، قد انتحر فلان فقتل نفسه " مختصر الحديث الذي رواه البخاري ومسلم . وقد ورد عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال ( تداولوا عباد الله ، ما خلق الله داء إلا وله دواء ، إلا السام ، فإنه ليس له دواء ) .

وفي الحديث الصحيح ما رواه البخاري ومسلم عن أبي هريرة رضي الله عنه ، عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال : ( من تردى من جبل فقتل نفسه فهو في نار جهنم يتردى فيها خالداً مخلداً فيها أبداً ، ومن تحسى سما فقتل نفسه فسمه في يده يتحساه في نار جهنم خالداً مخلداً فيها أبداً ومن قتل نفسه بحديدة فحديدته في بطنه يتوجأ به يوم القيامة في نار جهنم خالداً مخلداً فيها أبداً). وعن أبي هريرة رضي الله عنه قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " الذي يخنق نفسه يخنقها في النار " رواه البخاري . هذه الأحاديث وغيرها فيها الوعيد الشديد لمن تجرأ على قتل نفسه وأن هذه الجريمة من أشنع الجرائم وأشنعها ، لما فيها غالباً من الاعتراض على أقدار الله والتسخط من قضائه سبحانه وتعالى فيكون ذلك دافعا له على قتل نفسه عيادا بالله من حالة السوء .

هذه هي نظرة الدين تجاه المنتحرين ، إنهم كفرة تخطوا إرادة الله سبحانه وتعالى صاحب الحق في سلب هبته وأمانته ومن ثم ليفرض عليهم حياة جديدة من نوع آخر . (عبد الكريم، 2003، ص258,259)

## 7 - منع وقوع الانتحار

ويمكن تقسيمه إلى اتجاهين رئيسيين : الاتجاه العام أو الاجتماعي : بمعنى أن كل ما يسعد الفرد ويسهل له الرعاية والحنو الاجتماعي والضمان، الخ، هي عوامل غير مباشرة ضد الميول الانتحارية ، وسنأتي على ذكر ذلك بالتفصيل. الاتجاه الفردي : بمعنى أن كل فرد تشتم من تصرفاته أو اعراضه النفسية رائحة الميول الانتحارية يبادر إلى علاجه نفسياً لطرد تلك الافكار. ويقتضي ذلك ابتكار الوسائل الحساسة لاكتشاف النيات الانتحارية فيه ، وهنا بيت القصيد ، إذ ان النية والافكار الانتحارية ليست ملموسة ، وقد لا يصرح بها او يحاول تمويهها من عقد العزم على الموت.

### 1.7 الاتجاه العام الاجتماعي في الوقاية من الانتحار

وهي مجموعة من الجهود المتشعبة التي تتطلب تركيزاً خاصاً على إزالة كل العوامل الخارجية التي تشجع على الانتحار . ولا شك ان ذلك يتطلب خدمات اجتماعية وطبية متفرغة في مجتمع تتوفر فيه الثقافة والوعي والرفاه الاقتصادي والعدالة الاجتماعية مع وفي مالي للانفاق على هذه الفعاليات. ويمكن تلخيص الخدمات الاجتماعية العامة للوقاية من الانتحار بما يلي :

1- تثقيف الناس واقرباء المرضى من محاولي الانتحار بالعناية بالمريض ومراقبته، مع توعية مناسبة لدوافع الانتحار وكيف ان بالإمكان تلافي قسم منها .

2 - تثقيف وتوعية أفراد الشرطة والأمن على كيفية معاملة محاولي الانتحار وكيفية مساعدة من يقدمون عليه ، والمبادرة إلى إرسالهم إلى المستشفيات دون تشديد في التحقيق معهم إلا بعد العلاج .

3- ضرورة التقيد في صرف المواد المخدرة ، ويقتضي ذلك توعية خاصة للأطباء العموميين عن مخاطرها ومضاعفاتها وعدم صرفها بسخاء .

4- زيادة وعي الناس بأن الانتحار ليس مرضاً عقلياً ، بل سلوكاً بشرياً يمكن علاجه ومنعه والوقاية منه . وأحسن من يقوم بهذه المهمة التثقيفية الشعبية هي كليات الطب والجامعات، والندوات التلفزيونية، والمقالات والنشرات الصحية من قبل لجان مختصة

5 - محاولة محاربة العزلة التي هي نواة للميول الانتحارية وذلك بتشجيع الاحتفالات والأندية، والمشاركات الشعبية

6- العناية الخاصة والاهتمام المركز بالمتقاعدین الذين يتعرضون إلى أفكار الموت بعد (بطالتهم، المعنوية. فمحاولة إيجاد عمل بسيط لهم ، أو الاحتفاظ بعلاقة ما بعمله السابق، وزيادة الترفيه والنشاط الاجتماعي لهم بالنوادي والجمعيات والسفرات كل ذلك يخفف من شعورهم المرير بالعزلة .

7- إشراك جمعيات التأمين على الحياة في التثقيف الشعبي والحملة على الانتحار ، وهذا من صالحها طبعاً ، إذ ان ذلك يشابه إسهامها المخلص في ابحاث عن أمراض السرطان والقلب ومضار التدخين .. الخ .

8- تأسيس جمعيات خيرية أو طبية تساعد من يقدمون على الانتحار، ورعايتهم وتتبع مجرى حياتهم المستقبلية إلى مدة مناسبة لحين زوال الميول الانتحارية منهم . كما انها تشارك المساعي الأخرى في نشر

الدعاية ضد الانتحار على غرار جمعيات مكافحة الادمان على الكحول (فخري الدباغ،1968،ص203،204)

## 2.7 الاتجاه الفردي في الوقاية من الانتحار :

فبعد ان يتوصل الطبيب - بخبرته أو بمعاونة اختباراته - إلى ان الانسان الذي يعالجه يبطن مثلاً للموت ، ويقوم بخطوات العلاج النفسي ، وهي من

ضمن اختصاصه . ويمكن تلخيصها - إتماماً للفائدة - بما يلي :

1 - حماية المريض من العوامل الخارجية، بإدخاله المستشفى

2 - الترويح عن القلق واليأس ، مع تأسيس علاقات هادئة مع بقية المرضى .

3- مراقبته عن كثب ، وتمريضه من قبل ممرضات عطوفات مدركات للمشاكل النفسية ، وإلا أصبح أشبه بالحارسات والسجانوات

4 - إشراكه في النشاط والتشغيل العلاجي لتقليل كآبته وعزله .

5 - استعمال الأدوية المهدئة والطاردة للكآبة ، وإذا اقتضى الأمر علاجه بالصدمة الكهربائية .

6- العلاج النفسي على اختلاف أنواعه ودرجاته، والذي يرمي بالنهاية إلى إعادة وضع المريض في مجتمعه مرة أخرى بشخصية متهيئة منسجمة في داخلها ومتجاوبة مع ظروفها قدر جهد المستطاع. ويلعب المحلل النفسي الدور الرئيسي في ذلك، وحرية التعبير والتفريغ قد تكشف عن النيات الانتحارية قبل موعد تنفيذها. وعلاقة الطبيب بمريضه حيوية جداً في كل الأمراض، حتى الجسمية منها. أو العلاقة الناجحة تقلل من مخاوف المريض وشعوره بالإثم . ويستحسن ان يكون العلاج النفسي بسيطاً في الدور الحاد الذي يعقب المحاولة الانتحارية مباشرة، ثم يتعمق في دور النقاهاة ليكون المريض أكثر تبصراً وتقبلاً للحلول الواقعية الصعبة .

استطلاعاً استشفاف محيط المريض من رؤساء ومرؤوسين وأصدقاء وزملاء في العمل، ثم إعلامهم بما يمكن أن يقوموا به تجاهه.

وفي دور النقاهاة ، قد يحاول المريض مواجهة الحقيقة والمشاكل بشجاعة ظاهرية وبدعي بأنه قادر على حلها وفي هذا الدور يحتاج المريض إلى علاج نفسي عميق ورصين مع المراقبة الخفية للانتكاس . فدور النقاهاة محرر ودقيق، وفي أثنائه يحتمل أن يعود الشخص إلى محاولاته الانتحارية. فالعلاج وحده ليس

بقادر على منع الانتحار ما لم ينتبه الطبيب إلى ( معنى المحاولة الانتحارية ) ، وتفسير «الرسالة» التي أطلقها الفرد مستغيثا (نفس المرجع السابق،ص212)



## خاتمة

يمكن القول بأن الانتحار يعد من أكثر الظواهر المأساوية التي تؤثر على حياة الأفراد والمجتمعات بشكل عام. يجب علينا جميعاً العمل على توفير الدعم والمساعدة اللازمة للأفراد الذين يعانون من الاكتئاب والقلق والأمراض النفسية الأخرى، والعمل على توفير الوعي اللازم للأفراد بأهمية الحفاظ على الصحة النفسية والعمل على تقليل معدلات الانتحار في المجتمعات. يجب علينا جميعاً التعاون والعمل معاً للتغلب على هذه الظاهرة الخطيرة والعمل على تحسين الحياة النفسية والاجتماعية للأفراد في مجتمعاتنا.

# الفصل الرابع

## إدمان المخدرات

### المقدمة

1. تعريف الإدمان
2. مراحل الإدمان
3. أعراض الإدمان
4. النظريات المفسرة للإدمان
5. تعريف المخدرات
6. أهم أنواع المخدرات
7. مخاطر الناجمة عن المخدرات
8. المخدرات في الجزائر
9. علاج إدمان المخدرات

### الخاتمة

## مقدمة

إن إدمان المخدرات هو مشكلة صحية واجتماعية خطيرة في جميع أنحاء العالم. يتسبب في تدمير حياة الأفراد والمجتمعات بأكملها. يؤثر الإدمان على الجسم والعقل والعلاقات الاجتماعية والاقتصاد. يمكن أن يتضمن الإدمان العديد من المخدرات المختلفة، مثل الكوكايين والهيروين والماريجوانا والأدوية المهدئة. يمكن أن تكون الأسباب للإدمان متعددة، بما في ذلك العوامل الوراثية والبيئية والنفسية. في هذا البحث، سنتحدث عن أسباب الإدمان وآثاره والعلاجات المتاحة للأفراد الذين يعانون من هذه المشكلة.

## - تعريف الإدمان Addiction

إدمان المخدرات أو الكحوليات. ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر . ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي

أ- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل

ب واعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.

ج- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

د - رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة.

هـ- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع. وقد استمرت المحاولات منذ العشرينيات المبكرة وحتى أوائل الستينيات لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود ( باعتبار أن التعود صورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان. ولكن في أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين: الإدمان ، والتعود، على أن يحل محلهما معاً مصطلح جديد هو الاعتماد. (مصطفى،1996،ص13)

و عرفت هيئة الصحة العالمية (سنة 1973) الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار. ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم توفره. وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. (عادل،1982،ص20)

## 2 - مراحل الإدمان :

أولاً التحمل (Tolerance) وهو حاجة المدمن لزيادة كمية العقار يوماً بعد يوم لكي يصل إلى التأثيرات المنشودة ذاتها والمدمن قد يتجرع كمية من العقار لكي يصل إلى غايته إذا أعطيت لشخص طبيعى لقضى نحبه في الحال، وعملية الحصول على العقار بأية طريقة يعني السلوك الذي يستبيح كل شيء للوصول إلى العقار فمن الكذب إلى العش والتزوير والخداع إلى السرقة قد ينتهي للجريمة للحصول على المادة المخدرة.

ثانياً: الاعتياد النفسي (Psychic Dependence): هو ظاهرة نفسية يصبح فيها الفرد معتاداً على العقار دون أن يعتمد عليه بشكل خطير. إن المركبات التي توهب لحدوث الاعتياد كثيرة منها : الكحول

(الخمير) المهدئات والمنومات وبعض المسكنات والمنشطات، ويمكن إزالة هذا الاعتياد بسهولة في حالات معينة ولكن إزالته قد تكون بالغة الصعوبة في حالات أخرى، كما هو الحال مع مركبات الأفيون ومشتقاته حيث يتداخل الاعتياد النفسي هو شعور من يتعاطى العقار بحال من الانسراح والنشوة تخفف معها همومه وتزول عنه الشدائد .

ثالثاً: الاعتماد العضوية البدني (Psychical Dependence) هو انحراف الأعمال و الوظائف الطبيعية لأجهزة الجسم بسبب التعاطي المديد لعقاقير توهب الإدمان ويتجلى بضرورة وجود كميات كافية من العقار في البدن للحفاظ على التوازن الطبيعي للجسم، فيصبح العقار ضروري مثل تناول الطعام والشراب بالنسبة للإنسان إن تخطى المدمن عن دوائه يدخله مصاعب جمة ويجب أن يقوم بتضحيات كثيرة للحصول على العقار ولو بطريقة غير شرعية، حيث تشير الدلائل إلي أن تبدل الخلقي في الجملة العصبية المركزية هو عامل أساسي في حادثة الإدمان . (احمد حسن، 2012، ص30)

### 3- أعراض الإدمان

أولاً : الأعراض العامة للإدمان:

- 1 - الشعور بالحاجة الملحة لتناول العقار المخدر بانتظام، وفي بعض الحالات في أوقات متعددة في اليوم.
- 2 - الهوس بعدم وجود كمية تكفي المتعاطى.
- 3 - الفشل في محاولة التخلي عن استعمال العقار المخدر مرارا وتكرارا.
- 4 - القيام بتصرفات وسلوكيات غير أخلاقية، أو خارقة عن القانون بهدف الحصول على العقار المخدر مثل : السرقة ، البغاء، أو حتى القتل.
- 5 - الشعور بأن العقار المخدر سيحل جميع مشاكله ويعيد لحياته التوازن. أما الأعراض الخاصة فإنها تختلف باختلاف نوع العقار المخدر الذي يتعاطاه المدمن. (محمد سلامة، 2007، ص28)

ثانياً : الأعراض الخاصة للإدمان

أعراض الإدمان على أنواع القنب

- الإحساس بالارتخاء والسعادة، زيادة الإحساس السمعى، والبصرى، والتذوق تشويش الذاكرة زيادة ضغط الدم ومعدل نبضات القلب، احمرار العيون، نقص التركيز زيادة الشهية بطء رد الفعل التفكير بأفكار سيئة.

- أعراض الإدمان على عقارات النظام العصبي المركزي :

الخمول الكلام المبهم ضعف الذاكرة الاضطراب، التنفس ببطئ وانخفاض ضغط الدم الشعور بدوخة، الكآبة.

أعراض الإدمان على محفزات النظام العصبي المركزي

الشعور بالسعادة نقص الشهية، التحدث بسرعة، التهور، عدم الاهتمام الدخول في الكآبة بعد زوال المخدر، إحتقان الغشاء المخاطي للأنف، انخفاض الوزن زيادة معدل نبضات القلب وضغط الدم ودرجة الحرارة، الخوف.

أعراض الإدمان على حبوب الهلوسة

وأكثرها شيوعا ال إس دى و بى سى بى، والكيثامين أو مخدر الكلب، الهلوسة، صعوبة الإدراك أو الاستيعاب، وصعوبة ترجمة الإحساس، مثلاً سمع الألوان بدلا من مشاهدة الألوان ، تغييرات عقلية، ارتفاع معدل نبضات القلب، إرتفاع ضغط الدم ،الرجفان، تذكر حالات الهلوسة الماضية والشعور بها حتى بعد سنوات من مرورها، شعور خاطئ بالقوة دوافع انتحارية وميل للقتل، اختلال في الشخصية.

أعراض الإدمان على الإبر المخدرة

ضعف الشعور بالألم، الحذر، الكآبة، الاضطراب، الإمساك الدائم،التنفس ببطئ، علامات الإبر.

(نفس المرجع السابق،ص29)

أعراض الإدمان على المستنشقات

تعتمد الأعراض على نوع المواد المستنشقة ، وتشمل هذه المواد، الصمغ، والدهان والبنزين والنتنر، وأقلام التخطيط، ويمكن أن تسبب هذه المواد التسمم، وضعف حاسة الشم، كما يسبب الاستعمال على المدى الطويل الصرع، وتلف الكبد والكلى، والموت.

أعراض الإدمان على الحشيش

قلق عدم النوم، سرعة ضربات القلب، هلاوس سمعية وبصرية، يظهر التبدل عند الطلبة، تزداد الرغبة الجنسية، زيادة التردد، والتسرع، ورغبته في الجلوس في جماعة، ضعف في الذاكرة

## أعراض الإدمان على الأفيون

اضطراب الشخصية نحو السوء، فقدان الشهية الهزال، بطئ الكلام والانتباه والذاكرة، نشوة يعقبها تبرد الضعف الجنسي. (نفس المرجع السابق، ص30)

## 4 - النصيرات المفسرة للإدمان

### 1.4 النظرية التحليلية

نظرية التحليل النفسي ويرى أصحاب هذه النظرية أن تعاطي الكحول والمخدرات ناتج بسبب وجود إحباط خارجي أو كف داخلي، وتلك حالات لا يجرؤ الفرد معها على أن يواجه الأنا العليا من دون تلك المساعدة المصطنعة (وهي التعاطي). ويصف علماء التحاليل النفسي والإدمان على أنه عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء أحيابات فميه في الطفولة، لذي فإن المدمن هو فبأساسه التكويني شخص يوصف بالانرجسية (عشق) الذات (اللاشعوري والمطالبية ) كثرة المطالب). فالتعاطي يحقق للمدمن أدواراً متعددة فيعمل كمسكته (مصاصة) للإحباط والغضب، ووسيط نشط العدائية الكامنة لدى المدمن وكوسيلة للتخلص من للتنفيس من خلاله عن احتقار الذات الماسوشي، وإشباع رمزي لحاجة الحب والعطف. (احمد حسن، 2012، ص43، 44)

### 2.4 المنظور الطبي

يشير هذا المنظور ومن خلال عدة مداخل نظرية إلى أن المدمن إنسان وقع فريسة سهلة لتغيرات فسيولوجيه بسبب الإدمان ولا يجد نفسه إلا متجهاً إلى تعاطي المخدر حتى في حالة الاكتئاب بسبب نقص المادة نفسها . كما أن العقاقير المخدرة تحدث تغيرات واضطرابات في حركة ووظائف أعضاء الجسم. وعلى هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق إذا عاد لحالته الطبيعية أو أجبر على الامتناع المؤقت عن المخدر أو الإقلاع عنه. ويرى ميلر Miller1996 أن المنظور الطبي ينطلق من منطلقات بيولوجية بحتة ترى أن الاعتماد الجسمي على التعاطي يكون أكبر وأشد نتيجة التفاعلات الكيميائية داخل المخ والجسم. ومازال الاختلاف قائماً بين المنظورين الطبي والنفسي في مفهوم العود، إذ يطرح تساؤل مهم ألا وهو هل هناك اختلاف في الاعتماد بين المخ أم الرأس وأيهما يسبق الآخر؟ ومازال مثل هذا التساؤل مطروحاً للباحثين حتى الآن . وتشير النظريات الفسيولوجية إلى العلاقة الوثيقة بين التعاطي والنشوة التي يحدثها المخدر، ومع الاستمرار في التعاطي ثم الزيادة في الجرعة لأجل الوصول إلى مستوى الانتعاش، أو النشوة التي عهدا الجسم من المخدر . حيث تدخل المادة الأساسية في تركيب المخدر في المراحل الأساسية للتمثيل الغذائي والحيوي داخل خلايا جسم الإنسان، وبهذا يصبح ذلك النوع ضرورة للجسم

ويصعب الاستغناء عنه حيث أصبح هناك اعتماد عليه في الجسم و في أداء الوظيفة الطبيعية (عبد العزيز، 2006، ص70)

### 3.4 النظرية السلوكية للإدمان

هناك الكثير من الاتجاهات الخاصة بالنظرية السلوكية لإدمان المخدرات، ولكن السلوكيين فضلوا استخدام مفهوم طبيعي يتمثل في خفض التوتر ينسبون إليه إدمان المخدرات، فالأفراد يتعاطون المخدرات لخفض مشاعر الألم، والغضب، والضيق وخاصة القلق. فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر، فإن الأفراد الذين يتعاطون المواد المخدرة يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، وبالتالي فهم يميلون على تعاطي المخدرات مرات عديدة ومنتالية بهدف المزيد من خفض مشاعر الألم والغضب والضيق والقلق. (محمد سلامة، 2007، ص59)

### 4.4 النظرية السيكودينامية

تنظر المدرسة السيكودينامية للإدمان على أنه عرض أكثر من كونه سبباً لمشكلات سلوكية أو انفعالية، فبعض التفسيرات يرجعها إلى التثبيت الفمي Oral Fixation، مع ضعف الأنا الأعلى مما يسمح لاندفاعات الهي أن تتم بدون رادع أو لوم في شكل أعمال لا أخلاقية مدمرة ومهلكة مثل الإدمان. ثمة تفسير آخر نشأ في المدرسة السيكودينامية يرى أن عدم مقدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية في المرحلة المبكرة ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول إشباع هذه الحاجة، وبذلك فإن الطفل لا يطور القدرة على تأجيل الإشباع، وهذا التحمل المنخفض للإحباط يظهر في صورة سلوك اندفاعي مثل الغضب أو الانسحاب أو في صورة استخدام للمواد الذي يعتبر أسلوب غير ناضج لتحقيق الإشباع الفمية. (محمد سيد، 1999، ص51)

### 5.4 النظرية التفاعلية:

تفترض هذه النظريات أن السلوك بما فيه سلوك إساءة استخدام العقاقير هو نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الفرد وبيئته ومخزون سلوكه الفردي، وإذا قارناها بنظرية التعلم الاجتماعي لبندورا فإن الفرد يعد عاملاً نشطاً يتأثر بالعوامل المعرفية والوجدانية والدافعية بجانب تأثره بالبيئة، ومن شأن عملية التفاعل المستمرة والتغذية المرتدة المستمرة بين البيئة والفرد أن تؤثر على السلوك .



#### 6.4 نظرية خفض التوتر أو محق استجابة -الانضغاط

على الرغم من أن فكرة أن مدمني الكحوليات يكونوا متوترين نتيجة للإحباط الناتج عن الصراعات المتصلة بالجوانب القمية والاعتمادية التي قد نشأت في إطار ادبيات المدرسة السيكو دينامية فإن نظرية خفض التوتر Tension reduction تقوم أساساً على قواعد التعلم التي يُنظر فيها لسلوك الإدمان على أنه سلوك يكافأ ، والعناصر الرئيسية في نظرية خفض التوتر تقرر أن الكحول يخفض التوتر الذي يشتمل على الخوف والقلق والصراع والإحباط. وأن الكحول يستخدم لخصائصه المخفضة للتوتر. وقد أوضحت الدراسات الأكثر حداثة أن خصائص خفض التوتر للكحول تشاهد فقط في إطار منحنى استجابة لجرعة كحول محدودة وأن خفض التوتر ليس عاملاً وحيداً صادقاً لتفسير الاستخدام وسوء الاستخدام .

(نفس المرجع السابق، ص57,65)

#### 5 - تعريف المخدرات

**1.5 التعريف اللغوي:** أتت كلمة خدر في لسان العرب بمعنى ستر يمد للجارية في ناحية البيت، ثم صار كل ما ورائك من بيت و نحوه خدرأ، والجمع خدور واخدار واخادير جمع الجمع. وفي الحديث الشريف أنه عليه الصلاة والسلام كان إذا خطب إليه إحدى بناته أتى الخدر فقال إن فلاناً يخطب فإن طعنت في الخدر لم يزوجها رواه الطبراني بسنده عن ابن عباس رضي الله عنهما. وفي المصباح يقول (الفيومي ويطلق الخدر على البيت إن كان فيه امرأة وإلا فلا). وفي تاج العروس أورد الزبيدي تحت مادة خدر أخدر فهو (خادر ومخدر إذا كان في خدره وهو بيته) على هذا المعنى قولهم: خدرت الضبية إذا تخلفت عن (القطيع).

وبشكل عام جاء في معجم اللغة العربية (القاموس المحيط) شرح واف لمعنى المخدر، وهي كلمة مشتقة من (خدر)، والمخدر في اللغة هو المفتر الذي يؤدي إلي الفتور أو الكسل أو الاسترخاء أو النعاس و الثقل في الأعضاء، و هو يمنع كثيراً أو قليلاً

#### 2.5 التعريف القانوني:

هنالك من يعرف المخدرات تعريفاً قانونياً فيرى أنها مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بوساطة من يرخص له ذلك

ويعرفها البعض بأنها كل مادة يترتب على تناولها إنهاك للجسم وتأثير عكسي على العقل حتى تكاد تذهب به وتؤدي عادة إلى الإدمان وتحرمها القوانين الوضعية.

وتعرف بعض القوانين المخدر بأنه المادة التي تشكل خطراً على صحة الفرد وعلى المجتمع ولذا فإن جميع المخدرات توضع تحت ما هو مصطلح عليه بالأدوية الخطرة. (احمد حسن، 2012، ص13، 14)

وقد عرفها المشرع الجزائري في نص المادة الثانية من القانون 18/04 المتضمن الوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار بها بأنه: " كل مادة طبيعية كانت أو اصطناعية، من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول سنة 1612 (بن عبيد سهام، 2012، ص12)

### 3.5 التعريف العام للمخدرات

كل مادة خام من مصدر طبيعي أو مشيدة كيميائياً ، تحتوي على مواد مثبته أو منشطة إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية، فإنها تسبب خللاً في العقل، وتؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بصحة الشخص جسماً ونفسياً واجتماعياً . وعرف الفقهاء المخدر، أو المفسد بأنه تغطية العقل مع الشدة المطربة، أي هو ما غيب العقل والحواس من غير نشوة ولا طرب، وذكروا الحشيش مثلاً عليه والمخدر مادة كيميائية تسبب النعاس أو النوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم وكلمة مخدر ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الإغريقية Narkosis التي تعني مخدراً أو يجعل الفرد مخدراً . أو أن المخدر : هو العقار الذي يؤدي تعاطيه إلى تغيير حالة الإنسان المزاجية وليس الجسدية .

(عبد العزيز، 2006، ص32، 33)

### 6 - أهم أنواع المخدرات

#### 1.6 المورفين:

يمكن استخراج المورفين مباشرة من النبات المحصول قش الخشخاش» كما يمكن الحصول عليه بطريقة الترشيح . ويكون على هيئة مسحوق ناعم الملمس أو على شكل مكعبات ولونه من الأبيض والأصفر الباهت إلى اللون البني وقد يكون له رائحة حمضية خفيفة . (وفقي محمد، 2016، ص28، 29)

#### 2.6 الكوكايين:

يستخرج الكوكايين من أوراق شجرة الكوكا بعملية كيميائية بسيطة ، وهو عقار منبه ، ومثير للشعور بالنشوة والهلوسة ، ويسبب درجة عالية من التعلق النفسى به ، ويحدث شعوراً بقوة عقلية كبيرة

وبصفاء ذهني ، ويثير أو هاماً خيالية وهلوسات سمعية وبصرية وحسية ، يمكن أن تجعل المدمن مؤهلاً لارتكاب أعمال خطيرة ضد المجتمع ، وهو يحقن أو يستنشق ، ولموازنة التهيج الزائد يتناول المدمن أحد المهدئات بصورة متناوبة أو متزامنة مع الكوكايين

وأحياناً تدخن عجينة الكوكا (وهي مركب بسيط في صنع الكوكايين ، يحوى خليطاً غير نقي من كبريتات الكوكايين وقلويات أخرى ) مخلوطة بالتبغ أو الماريجوانا ، ويحدث هذا التدخين إدماناً نفسياً سريعاً وأمراضاً نفسية وتسمماً قد يؤدي الى الموت .

### 3.6 الحشيش:

والحشيش هو القنب الهندي ، ويطلق عليه أحياناً ماريجوانا ، والمكون الأساسي المحدث للأثر النفسي للقنب هو دلتا - 9 - تتراهيدروكانابينول ، وأخطر أنواع الحشيش هو الحشيش السائل الذي يحوى 60% من هذا المكون ، ويدخن الحشيش عادة وحده أو ممزوجاً بالتبغ ويصحب تعاطيه المرح والنشوة وتغيرات في الاحساس بالزمان والمكان وضعف القدرة العقلية والذاكرة ، وزيادة الحساسية البصرية والسمعية ، والتهاب الملتحمة ، والالتهاب الشعبي ، وعند تعاطي جرعات كبيرة قد تحدث تخيلات وأوهام، وتشوش ، وضياح للشخصية وهلوسات تشبه الذهان وتتسم بالخوف والعوانية ، وقد يؤدي الاستعمال المنتظم للحشيش لفترة طويلة الى إضعاف الوظائف الحركية النفسية ووظائف الإدراك ووظائف الغدد الصماء ، ويقلل من مناعة الجسم ضد العدوى ، ويحتوى الحشيش على مجموعة من الهيدروكربونات المعقدة منها مواد مسببة للسرطان وتلف الجهاز التنفسي .

(جمال ماضي، 1973، ص13)

### 4.6 المهدئات:

أما المهدئات ذات الآثار النفسية فهي تؤثر على أجزاء معينة من الجهاز العصبي بقصد تسكينه ، وتؤدي الى النوم إذا أخذت بجرعات أكبر . وتنتمي المجموعة المهدئة الخاضعة للرقابة الدولية الى المجموعة الكيميائية المسماه الباربيتورات ، وتصنف هذه الباربيتورات تبعاً لمدة تأثيرها طويلة المفعول مثل افيوباربيتال ، ومتوسطة المفعول مثل البننتو برا بيتال وقصيرة المفعول مثل الثيوبنتال وهو يحقن في الوريد ، وتؤخذ مثل هذه المواد بالفم على هيئة أقراص أو كبسولات أو تؤخذ بالحقن بقصد التخلص من الأرق أو القلق أو التوتر بقصد الترويح ، وينشأ التعود عليها بسهولة ، وقد تزداد الجرعات ويتحول الأمر الى إدمان

## 5.6 المهلوسات:

وأما عن المهلوسات فإن النموذج الأول لمجموعتها المتنوعة كيميائياً هو : الاندوليا لكيلامينات والفينيليتيلامينات وديتراميد حامض الليسيرجيك ( ل . س زد ) ، وكلها عقاقير تحدث تغيرات ذهنية عميقة ، كتشوه الإدراك الحسي والهلوسة البصرية والسمعية الشديدة ، والأوهام، وانفعالات تتسم بجنون الارتياب ، والاكتئاب ، وتسبب هذه العقاقير إدماناً نفسياً .

ويعتبر المسكالين - وهو العنصر الفعال في الصبار الأمريكي المسمى ( بيبوت ) وينمو في المكسيك وفي جنوب وغرب الولايات المتحدة - من العقاقير المسببة للهلوسة ذات التهيؤات الزاهية ولكنه لا يسبب الإدمان .

أما عقار ( دوم ) فينتمى الى الامفيتامينات والمسكالين ويطلق عليه ( س . ت . ب ) وتأثيراته كتأثيرات ( ل . س . د ) ، ويضاف الى ذلك عشرات المواد التي تحدث الهلوسة وهي تشتمل من نباتات مختلفة.

(نفس المرجع السابق، ص14، 15)

## 7- مخاطر الناجمة عن المخدرات

ومن مخاطر المخدرات على نفسية وصحة الأشخاص الذين يدمنون عليها:

- التحكم الكامل في حياتهم عن طريق إدمانهم عليها.
- المحاولة اليائسة بالتوقف والامتناع عن التعاطي لكنهم لا ينجحون بسبب
- استحواذها الكامل عليهم إلى درجة التعاطي الانتحاري.
- الصراع العقيم بالإقلاع عنها لكن بلا جدوى.
- تناقص في إنتاج الأفراد الذين يتعاطونها حتى يصبحوا غير مؤهلين وفاشلين في تحمل أي مسؤوليات.
- البدء التدريجي بالمتعاطين للانقطاع عن العلاقات الاجتماعية وحتى عن أعمالهم الشخصية وبالتالي هذه بداية خسارة كل شيء، نعم كل شيء.
- استخدام هذه المخدرات بشكل كبير فيقضي على ازدهار النفس وتدمير الحياة بكاملها.
- الاستخدام المتواصل لهذه العقاقير يؤدي بشكل تدريجي إلى إضعاف الطاقة وارتعاش اليدين بشكل مبكر من عمر الإنسان، وسواد أسفل العينين. تلك المكتوبة أعلاه هي بعض الأعراض الشائعة لهذه الأمراض

وخاصة مدمني المخدرات التي يقدم عليها الناس بعملهم أو حتى دون علمهم بالآفات التي تصيبهم في نفسيتهم وأنفسهم وأجسامهم وأعمالهم وحتى في علاقاتهم الاجتماعية والواجبات الحياتية.

(محمد عبد الحسن، 2010، ص195، 196)

### 8 - المخدرات في الجزائر

ان الجزائر التي تتميز بكون 70% من سكانها هم شباب يقل سنهم عن 30 سنة لم تسلم هذه الظاهرة، حيث لم تعد منطقة عبور مفضلة من طرف مروجيها و تجارها من مختلف أنحاء العالم، بل منطقة استهلاك كذلك، و نلتمس خطورة تطور ظاهرة تعاطي المخدرات في الجزائر كون أغلبية المتعاطين هم من الفئة المنتجة و هي فئة الشباب، حيث هناك ما يقارب 30.000 شابا متعاطي لمخدرات حسب إحصائيات معهد الصحة العمومية سنة 1998" و هو رقم لا يعكس الخطورة الحقيقية للظاهرة إذ أن معظم الحالات من المدمنين غير مصرح عنها. و في ظل هذه الظروف تجندت الجزائر كباقي دول العالم لمكافحة المخدرات و الوقاية منها، لذلك كان من الضروري اتخاذ استراتيجيات و تدابير من أجل الوقاية من الاتجار غير المشروع في المخدرات و من استهلاكها بهدف الحفاظ على الشباب الجزائري الذي يعتبر ذخيرة مستقبل البلاد الذي اندرج ضمن صيرورة تحول اقتصادي و اجتماعي و سياسي. و في ذات الوقت، تطرح هذه المهمة نفسها كتحد و رهانات أمام و السلطات العمومية العازمة على حماية الصحة العقلية و الجسدية للشباب و المحافظة عليهم، و تعزيز قدرتهم الفكرية و الاجتماعية و السلوكية، و تنمية ثقتهم بنافسهم لتحقيق انجازات ايجابية من خلال توعيتهم و إعلامهم حول مخاطر المخدرات. و قد تجسدت جهود الجزائر في مكافحة المخدرات و الوقاية من تعاطيها في تنصيب هيئة وطنية سنة 2002 تابعة لمصالح رئيس الحكومة تمثلت في مكافحة المخدرات و إدمانها مهمته رسم سياسة وطنية للوقاية الديوان الوطني و مكافحة المخدرات و متابعة تنفيذها بالتعاون و التنسيق مع القطاعات الوزارية المعنية كذا الهيئات و الجمعيات في ميدان مكافحة المخدرات و الإدمان عليها.(سعيدة، 2008، ص69)

### 9 - علاج إدمان المخدرات

#### 1.9 العلاج الطبي:

الخطوة الأولى في طريق العلاج هي خطوة ذات طبيعة إسعافية تمهيدية للدخول في مرحلة العلاج المتكامل وهي تنقسم إلى ثلاث مراحل.

أ - الإجراءات ذات الطبيعة الإسعافية: وهي إجراءات تتخذ في مواجهة بعض الحالات التي قد تتعرض لما يسمى بحالات التسمم المرضية الحادة، فقد تنتاب الشخص نوبة عنف واضح فيهاجم بعض الأشخاص

القريبين منه، أو يحاول إتلاف بعض الأثاث أو الممتلكات المادية وذلك على أثر تعاطي جرعة من الكحوليات أو المثبطات أو من المهلوسات، وتحدث هذه النوبات للإفراط في الجرعة أو الحداثة عهد المتعاطي بالتعاطي أو لمروره حديثاً بأزمة وجدانية شديدة الوطأة، وفي هذه الحالة لا بد أن يتناوله بالرعاية طاقم طبي مدرب يقوم بطمأنته وفي الوقت نفسه بالحيلولة بينه وبين أن يؤذي نفسه أو الغير، وربما اضطر إلى أن يستخدم لهذا الغرض بعض التدخل الدوائي، كذلك قد تتعرض بعض الحالات بشكل مفاجئ أيضاً لما يسمى بأعراض الذهان العصبي فتظهر لدى الشخص بعض أنواع الخداع الحسي كما قد تظهر بعض الهلوس والضلالات وفي هذه الحالات قد يحتاج الطبيب إلى قدر محدود من التدخل الدوائي.

**ب - إجراءات تطهير البدن** ويطلق عليه أحياناً سحب المخدر وهي إجراءات تتوقف من ناحية على نوع المخدر ومن ناحية أخرى على المعالج في تطبيقها، فقد تتخذ الخطة شكل سحب المخدر سحباً بطيئاً متدرجاً، وفي هذه الحالة لا يحتاج المعالج المشرف على العملية إلى أي تدخل دوائي ويكتفي بإرشاد المتعاطي خطوة بخطوة مع طمأنته وتشجيعه، وتتراوح المدة التي تنتهي منها من أربعة أيام حتى سبعة أيام في حالة المواد ذات الفاعلية قصيرة المدى كالهيروين، 10 أيام في حالة المواد ذات الفاعلية طويلة المدى كالأفيون فقد تطول من عشرة أيام إلى ستة أسابيع.

**ج- إجراءات علاج المضاعفات الطبية للتعاطي:** وهي مجموعة الإجراءات الطبية التي لا بد من القيام بها في مواجهة بعض المضاعفات الصحية التي يعاني منها كثير من المدمنين دون إن تكون من الآثار المترتبة مباشرة على تعاطي هذه المادة أو من تلك المواد الإدمانية. كسوء التغذية، فانتشار سوء التغذية بين المدمنين ظاهرة ملحوظة لأسباب متعددة أوضحها إن بعض المدمنين يصل به الأمر أحياناً إلى ضرورة المفاضلة بين إنفاق المبالغ المحدودة التي في حوزته على المخدر أو على الطعام، والغالبية إن ترجح كفة المخدر وهناك مضاعفات مرتبطة بطرق التعاطي كأن يكون التعاطي عن طريق التدخين فلهذه الطرق جميعاً مضاعفاتها الطبية التي كثيراً ما تواجه الطبيب المعالج، وعليه إن يعنى بإبراء مريضه منها إلى جانب الإجراءات الإسعافية وإجراءات تطهير البدن. (احمد حسن، 2012، ص60، 61)

### 2.9 العلاج النفسي للإدمان :

يرى الدكتور "كمال الفوال - مدير مستشفى المعمورة للأمراض النفسية، والتي يتم فيها علاج مدمني المخدرات، أن علاج المدمن النفسي يحتاج إلى فترة زمنية تنقسم إلى مرحلتين وهما :

أ- المرحلة الأولى المرحلة الحرجة:

وهي حوالي ثلاثة أسابيع، ويتم التركيز فيها على علاج المدمن بيولوجيا بالأدوية والعقاقير، أو بمعنى آخر يتم تخليصه من الآثار الجسمية للإدمان، وفي هذه المرحلة يتم انسحاب أعراض الإدمان من جسم المدمن، وهي مرحلة صعبة كما قلنا ففيها يتعرض المدمن لآلام كبيرة تصاحب عملية الانسحاب، وكما عبر عنها أحد المدمنين بقوله : أنه يشعر بأن هناك ثعابين تنهش في كل أجزاء جسمه، هذا الإحساس يصاحبه مغص شديد، ودوار ورشح في الأنف، ودموع في العين... الخ، ويتم إعطاء المدمن خلال تلك المرحلة مسكنات قوية مع ملاحظة خلوها من أي نوع من أنواع المخدر، وكذلك أدوية تساعد على تخفيف آثار الإقلاع عن المخ والجهاز العصبي، مع إعطائه جلوكوز وفيتامينات تعوضه عن فقدان الشهية والطعام، إلى جانب نظام غذائي لمدة 15 يوما على الأقل. وهي لا تقل أهمية عن المرحلة السابقة إنها مرحلة العلاج النفسي. فبعد الأسابيع الثلاثة الأولى يتخلص الجسم بشكل شبه نهائي من آثار الإدمان

ب- المرحلة الثانية مرحلة العلاج النفسي

وتبقى مرحلة الحنين النفسى للمواد المخدرة وهنا يأتى دور العلاج النفسى والاجتماعى، وهذا يتم عن طريق جلسات دورية مع الطبيب المعالج، مع بعض المدمنين السابقين الذي تم علاجهم نهائيا وأصبحوا أفراد أسوياء في المجتمع وهذا ما يسمى بالعلاج الجمعي، ويتم خلال هذه الجلسات مناقشة أمور شتى بهدف تحقيق الأهداف التالية:

1- ضياع أو فوات مرحلة الحنين إلى المخدرات.

2- محاولة إكسابه سلوكيات وعادات جديدة إلى جانب إكسابه صداقات جديدة.

ومرحلة العلاج النفسى تستغرق حوالى ستة شهور، وإن كان دور الطبيب المعالج أكثر أهمية خلال المرحلة الأولى، ودور الأسرة والمجتمع أساسى ورئيسي في المرحلة الثانية.

(محمد سلامة، 2007، ص215، 216)

### خاتمة

يمكن القول إن الإدمان على المخدرات يشكل تحديًا كبيرًا للأفراد والمجتمعات. يمكن أن يؤدي الإدمان إلى تدمير الحياة الاجتماعية والعائلية والمهنية للأفراد، ويمكن أن يؤدي إلى الوفاة. يجب على المجتمعات والحكومات العمل معًا للتوعية بمخاطر المخدرات وتقديم العلاج والدعم للأفراد الذين يعانون من الإدمان. يجب أن يتم التعامل مع الإدمان على المخدرات كمشكلة صحية، ويجب أن يتم توفير الموارد اللازمة لمكافحته.



# الفصل الخامس

## الجانب التطبيقي

1. الدراسة الاستطلاعية
2. إعادة تذكير بالأسئلة
3. إعادة تذكير بالفرضيات
4. منهج الدراسة المتبع
5. فئة الدراسة
6. أدوات الدراسة

### 1- الدراسة الاستطلاعية:

لقد كانت الدراسة الاستطلاعية، في المستشفى الامراض النفسية و العقلية بوهران وذلك في فترة 15 يوم وتوجهنا لهاته المستشفى لأن خصائص العينة الاستطلاعية تتشابه مع الدراسة الأساسية حيث كانت عينة الدراسة الاستطلاعية 2 من الشباب وتم تطبيق معهم المقابلة النصف موجهة و مقياس القلق و كانت النتائج تظهر أنهم يعانون إدمان المخدرات و قلق الزائد الناتج عن الإدمان مما دفعهم لقيام بمحاولات انتحارية او أفكار انتحارية وتكمن أهمية الدراسة في :

التقرب من الحالات بهدف بناء ثقة و فهم اكثر معاناتهم النفسية التي ولدت لهم أفكار انتحارية و قلق زائد و العمل علي المساهمة في تحسين سير المقابلة مع حالات الدراسة الأساسية.

### 2- إعادة تذكير بالأسئلة:

\_\_ هل يؤثر مستوى القلق المرتفع على مدمنين المخدرات؟

\_\_ هل يدفع قلق مدمنين المخدرات للقيام بعملية الانتحار؟

\_\_ ما هي أهم أنواع المخدرات التي تؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق وتدفع المدمنين إلى الانتحار؟

### 3- إعادة التذكير بالفرضيات

- مستوى القلق عند مدمن المخدرات مرتفع

- يؤثر مستوى القلق المرتفع على مدمنين المخدرات و يدفعهم للقيام بمحاولة الانتحار

- يوجد اختلاف في مستوى القلق عند مدمنين مخدرات على حسب نوع المخدرت

### 4- منهج الدراسة المتبع:

ولقد تم اختيار منهج دراسة حالة وهو المنهج المناسب لدراسة السلوك الإنساني و هو منهج دراسة الحالة هو المنهج الذي يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية وحدة سواء كانت فردا أو مؤسسة أو نظاما اجتماعيا أو مجتمعا محليا أو مجتمعا عاما وهو يقوم على أساس التعمق في دراسة مرحلة معينة من تاريخ

الوحدة، أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها وذلك بقصد الوصول إلى تعميمات عملية متعلقة بالوحدة المدروسة وبغيرها من الوحدات المشابهة لها. (عبد الباسط محمد حسن، 1977، ص23)

ولقد اعتمدنا في دارستنا علي هادا المنهاج أثناء المقابلة العيادية إضافة إلي الملاحظة و محاولة معرفة تاريخ الحالة وكل هذا من اجل حصول عالي نتائج دقيقة إلي ابعد حد ممكن.

#### 5- فئة الدراسة:

إن اختيار الفئة من أولى الاهتمامات التي يركز عليها الباحث في الحصول على المعلومات اللازمة البحثية كما أن نتائج كل دراسات تتوقف بالضرورة على حسن اختيار الفئة، حيث أجريت الدراسة على حلتين تم العثور عليها في مصلحة معالجة الإدمان بالمستشفى الأمراض النفسية و العقلية بوهران .

#### 6- أدوات الدراسة:

ولقد تم الاعتماد على:

#### -المقابلة

يرى كورشين أن المقابلة تعتبر وسيلة مؤثرة و فعالة لتنمية التفاعل بين المعالج النفسي و المريض من أجل مساعدته على التخلص من محنته و تسهيل حل مشكلاته

. (ماهر محمود عمر، 1988، ص 282-283 )

و قد اقسمنا المقابلة الي خمس محاور من اجل الحصول علي معلومات بخصوص هذا الموضوع:

المحور الاول: تم فيه التطرق إلي البينان الشخصية و معرفة الجنس ،نوع التخصص،مستوي التعليمي ...

المحور الثاني: التطرق لجانب العائلي للحالة

المحور الثالث: البحث في الجانب المرضي

المحور الرابع: البحث في الأعراض المرضية

المحور الخامس: إجراء مقياس القلق النفسي

### -الملاحظة:

تعرف على أنها: عملية مراقبة، مشاهدة لسلوك الظاهرات و المشكلات و الأحداث و مكوناتها المادية و البيئية و متابعة سيرها و اتجاهاتها و علاقاتها بأسلوب علمي منظم و مخطط و هادف ، بقصد التفسير و تحديد العلاقة بين المتغيرات، و التنبأ بسلوك الظاهرة أو توجيهها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاتها.

( نائل حافظ العوامل،1995،ص130 )

### - مقياس القلق لي سبيلبرجر:

#### تعريفه

مقياس " سبيلبرجر " هو عبارة عن بنود، عن مجموعة من البنود تعمل على قياس حالة القلق وسمة القلق، وهو قائمة أعدها كل من:

(Husheene, Gorsuush, Spielberger) عام (1970) وقد أستخدم هذا الإختبار في الكثير من الأبحاث والدراسات عند الأسوياء، وعند مرضى النفسيين، وقد تميزت هذه القائمة عن غيرها بمقياس سمة وحالة القلق معا ترجمت النسخة التي اعتمدا عليها من طرف الدكتور محمد سعد الدين سنة 1985.

#### أ- مفهوم حالة القلق:

تصور حالة القلق نظريا كظرف أو حالة انفعالية متغيرة تعتري كيان الإنسان وتتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والتوجس يدركها الفرد بوعي ويصاحبها النشاط في الجهاز العصبي المستقبل وقد تتغير حالة القلق في شدتها وتتنذبذ عبر الزمن.

#### ب- مفهوم سمة القلق :

أما سمة القلق فتشير إلى فروق في القابلية للقلق، تشير إلى الإختلافات بين الناس في ميلهم على الإستجابة اتجاه المواقف التي يدركونها كمواقف مهددة وذلك بارتفاع في شدة القلق.

وسمة القلق كمفهوم سيكولوجي لها خصائص، ومجموعة من المكونات أطلق عليها أتكنس "الدوافع"وقد أشار "كامبل" على أنها "إستعدادات سلوكية مكتسبة، وقد عرف تنكس تلك الدوافع بالإستعدادات التي تبقى كامنة حتى تنشطها مؤشرات خارجية. (دحماني هدي،2011،ص69)

**تعليمته:**

(أ) - **تعليمة الصورة الأولى:** إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (x) في الدائرة المناسبة التي تبين ما تشعر به حقيقة لأن هذا الوقت بالذات ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة،

لا تضيع وقتا طويلا أمام كل عبارة بل قدم الجواب الذي يصف مشاعرك الحالية بشكلها الأفضل.

(ب) - **تعليمة الصورة الثانية:** إليك مجموعة من العبارات التي تصف ذاتك اقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (x) في الدائرة المناسبة التي توضح كيف تشعر عموما، ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، لا تضيع وقتا طويلا، قدم الإجابة التي تصف شعورك.

**هدفه:**

يهدف الرائز إلى جمع بعض الصفات الانفعالية العقلية والصفات الحسية الحركية للفرد، ويسمح بتحديد وضعية بالنسبة للأفراد الجماعة التي ينتمي إليها، كما يهدف إلى معرفة حالة وسمة القلق لدى الفرد، ويساعد على التقرير السريع والصادق لدرجة القلق.

**وصف المقياس:**

إن هذه القائمة من أكثر القوائم تقدير القلق، وأوسعها استخداما في البحث العلمي، والممارسة العيادية لأنها تتصف بجميع الخصائص السيكومترية للمقياس الجيد وتتكون القائمة من صورتين، وكل صورة تحتوي على عبارة.

(أ) **الصورة الأولى:** تقيس حالة القلق التي يعيشها المفحوص في الوضعية الآنية، بحيث لها 20 عبارة

مصاغة، صياغة إيجابية تحدد درجة القلق، وتسلسل من 01 إلى 04 بخصوص الموجبة أما

السالبة تسلسل من 04 إلى 10.

وإذا كانت العبارة الموجبة فهي تعبر عن انخفاض درجة القلق، وتتبع هذه الإجابات الترتيب الآتي: مطلقا، دائما، غالبا، دائما .

(ب) **الصورة الثانية:** تقيس سمة القلق وهي حالة ثابتة نسبيا فنجد أنها مصاغة في ثمانية عبارات إيجابية، واثني عشر الباقية سلبية.

يقابل كل منها أربع إجابات تحدد درجة القلق والتسلسل حسب تسلسل الصورة الأولى وتتبع هذا الترتيب: مطلقا، أحيانا، غالبا دائما. (نفس المرجع السابق، ص71.70)

### كيفية تطبيقه :

صمم هذا المقياس ليطبق بطريقة فردية أو جماعية كما يمكن للفرد أن يطبقه على نفسه بنفسه، أما فيما يخص الوقت فإن تطبيق الإختبار على الكليات يتطلب من 06 دقائق إلى 08 دقائق للإنتهاء من كل مقياس (الحالة وسمة حوالي 15 دقيقة للإنتهاء من الصورتين معا، يطبق أو لا مقياس حالة القلق، ثم يعقبه تطبيق مقياس سمة القلق).

### طريقة التصحيح:

كما وضحنا سابقا عن تنقيط العبارات الموجبة، والعبارات السالبة فالموجبة من 04 إلى 01، أما السالبة فتنتقط من 01 إلى 04 و الجدولان التاليان يوضحان ذلك.

تنقيطها و ترتيبها				مجموعها	أرقامها	العبارات
مطلقا	قليلا	أحيانا	كثيرا			
1	2	3	4	09	17.14.13.12.9.7.6.4.3	السلبية
4	3	2	1	11	20.19.18.16.15.11.10.8.5.2.1	الموجبة
				20	المجموع	

الجدول رقم (1) يوضح كيفية تصحيح حالة القلق

تنقيطها و ترتيبها				مجموعها	أرقامها	العبارات
مطلقا	قليلا	أحيانا	كثيرا			
1	2	3	4	12	20.18.17.15.14.12.9.8.5.4.3.2	السلبية
4	3	2	1	08	19.16.13.11.10.7.6.1	الموجبة
				20	المجموع	

الجدول رقم (2) يوضح كيفية تصحيح سمة القلق

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
1	20 - 0	خالية من القلق
2	40 - 20	قلق طبيعي
3	60 - 40	قلق فوق المتوسط
4	80 - 60	قلق شديد

الجدول رقم (3) يوضح كيفية تصحيح درجة القلق

(نفس المرجع السابق، ص71.72)

### 7- حدود الدراسة:

الحدود الزمنية: وتمثل المجال الزمني للدراسة من 24 افريل إلى 22 ماي.

الحدود المكانية: أما مكان الدراسة فقد كان بالمركز مصلحة علاج إدمان بالمستشفى الامراض العقلية و النفسية بوهران

# الفصل السادس

## عرض النتائج

1. عرض و تحليل نتائج الحالة

2. مناقشة النتائج

3. الاستنتاج العام



## عرض النتائج

المعلومات الأولية للحالة الأولي :

الاسم: أ

اللقب: ب

الجنس: ذكر

السن : 23 سنة

مكان الإقامة: وهران

نوعية السكن: مسكن عائلي

عدد الإخوة: 4

رتبة بين الاخوة : 3

المستوى الدراسي: السنة الثانية جامعي

الحالة المدنية: أعزب

المهنة: باطل

المستوى المعيشي: متوسط

**سبب قدوم الحالة للأخصائي النفسي :**

رغبة من الحالة وبحثا عن العلاج والتخلص من الإدمان

**تحليل الطلب:**

رغبة من الحالة بعد رأيته لأحد أصدقائه كيف تحسنت حالته بعدما عولج في مستشفى الأمراض العقلية فالحلة لديه رغبة قوية في التحسن و التخلص من الإدمان و تحقيق الكثير من الأمور التي ضاعت منه بسبب تعاطيه للمخدرات.

## طريقة سير المقبلات

### المقابلة الأولى:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى الجامعي لأمراض العقلية و النفسية بي سيدي الشحمي و بتحديد مصلحة مكافحة الإدمان و كانت المدة حوالي 20 دقيقة و تم من خلالها التعرف علي الحالة و تعريفه هدفنا من إجراء هذه المقابلة و و تم من خلالها كسب الثقة الحالة , و جمعنا معلومات حول الحالة

### المقابلة الثانية:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى لأمراض العقلية و النفسية بي سيدي الشحمي و بتحديد مصلحة مكافحة الإدمان و المدة كانت 45د و تم من خلالها التعرف علي التاريخ الطفولي و التعليمي للحالة

### المقابلة الثالثة:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى الامراض العقلية و النفسية و كانت مدة المقابلة 45د و تم من خلالها التطرق و التعرف علي الوضع الاجتماعي الحالة و بالتحديد التاريخ العائلي و علاقته بأفراد عائلته (الاخوة و الوالدين)

### المقابلة الرابعة:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى الامراض العقلية و النفسية و كانت مدة المقابلة 45د و من خلال هذه المقابلة تم التطرق للتاريخ المرضي و تطور الإدمان عند الحالة و ماهية أهم الأعراض التي أثرت علي حياته

### المقابلة الخامسة:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى الأمراض العقلية و النفسية و كانت مدة المقابلة 20 د تم من خلالها إجراء اختبار لقياس نسبة القلق عند الحالة.

### السميائية العامة للحالة:

الحالة (ح. ج) يبلغ من العمر 23 سنة طويل القامة نحيف الجسم شعره أسود لون العينين اسود ، هندامه ملائم لسنه ، ونظيف فهو سليم من الناحية الجسمية ملامح وجهه معبرة عن المواقف ، أما تواصله البصري فهو طبيعي ، ناحية القدرات العقلية مستوي التركيز عنده متوسط ويعاني قليلا في شرحه

لأحداث وكذلك لديه ذاكرة قوية في تذكره للأحداث ، أما التعبير الجسدي فالحالة يقوم كثيرا بتحريك يديه كثيرا أثناء الكلام و حركة يديه ثقيلة .

أما التعبير اللغوي فالحالة يتكلم بكلام مفهوم لكنه ثقيل و يفكر قبل التكلم و إذ يستطيع التعبير عن افكاره ومشاعره أما مزاج الحالة فهو يميل إلى القلق و الاكتئاب ويغلب عليه طابع الملل و التعب و معاناته من آثار الإدمان يظهر ذلك من خلال وجه الشاحب.

### التاريخ النفسي الاجتماعي للحالة

لقد تم التطرق لتاريخ الحالة (ب،أ) و عرفنا انه طالب جامعي و توقف عن الدراسة نتيجة إدمانه عن المخدرات أما التاريخ العائلي للحالة فهو أخ لأربع اخوي ثلاث أولاد و بنت و يحتل الرتبة الثالثة بين الأخوي لا يعرف الكثير عن والده فقد توفي الوالد في سنة 2007 عندما كان في عمره 7 سنوات و قبل هذا كان الوالد منفصل مع الأم التي يري الحالة أنها هي كانت تلعب دور الأب و الأم في نفس الوقت و لم تبخل عليهم بي أي شيء عملت من اجلهم و رغم وجود أخوته الأكبر منه إلا و أن الأم هي التي تقوم بكل شيء و لا تجد مساعدة منهم و يعتبر الحالة انه هو الوحيد الذي يسعدها بعض الأحيان و ذكر الحالة انه بدأ تعاطي السجائر في سن 10 و بعد ثلاث سنوات بدأ في مرحلة الإدمان علي التدخين أما الحشيش فكان في سن 14 و كان ذلك بنسبة له تعاطي عادي كوسيلة ترفيهية إلي غاية وصوله إلي السن 17 سنة حيث أصبح مدمن في تعاطي المخدرات و المهلوسات بكل أنواعها و رغم انه كان الوضع الاقتصادي العائلي متوسط كان يعمل في مجال النقل بهدف كسب المال لشراء المخدرات و نظرا لعد تصرفات غريبة كان يقوم بيها في البيت لحضت الأم ذلك و عرفت انه يتعاطى بعد المواد و كانت صدمة بالنسبة لها و بعد توقف عن العمل و أصبح يبيع أغراضه من اجل شراء المخدرات .

و أثناء التطرق لحالة الأخوي عرفنا أن احد إخوته كان مدمن مخدرات و دخل المصحة الأمراض العقلية من اجل العلاج و يري الحالة أن وضع أخوه كان خطير حتى انه مرة حاول قتله و ضرب الأم و منع الأخت الصغيرة من دخول المنزل و ذلك نتيجة مرض عقلي الذي كان يعني منه بسبب تعاطيه لأحدي المواد المخدرة الغير صالحة و من هنا أثناء المقابلة عدت لموضع الأب رغم عدم معرفة الحالة للأب جيدا إلي انه أكد انه كان مدمن كحول و كان يضرب الأم و أخوته الاكبر منه و في الأخير أكد الحالة انه كانت تسوده عدة مرات أفكار انتحارية نتيجة اليأس و القلق من الحالة التي هو فيها .

## التاريخ المرضي للحالة

من خلال المقابلات مع الحالة تطرقنا إلي التاريخ النفسي للحالة منذ طفولته إلي غاية دخوله مرحلة الإدمان فالحالة أكدت انه لم يكون يعاني من أي مشاكل نفسية قبل إدمانه أي انه كان ذو صحة نفسية جيدة و حتى كان يعتقد أن الاكتئاب غير موجود من الأساس ويندهش عندما يسمع أن احد الأشخاص مكتئب إلي إن أصبح مدمن بدأت تظهر عله بعض المشاكل النفسية و كانت علي شكل أعراض نتيجة إدمانه علي المواد المخدرة في زاد مستوي القلق عنده و دخل في حالة اكتئاب و زادت نسبة الخمول و العجز و عدم التركيز علي أمور المهمة في حياته اليومية و أصبح لديه الروهاب الاجتماعي فكان يحاول تجنب كل أفراد العائلة و الأصدقاء و المحيط الخارجي بصفة عامة و إضافة إلي هذا أصبحت تسيطر عليه الأفكار البارانونية و يؤكد الحالة انه عندما يكون في حالة إدمان مرتفعة نتيجة عدم محصوليه علي المخدرات لا يستطيع النوم و يمكن أن يصل بيه الحالي إلي يومين من دون نوم و هادا ما يؤثر علي صحته النفسية و الجسمية و من أعراض إدمانه العدوانية و كل هذه الأعراض كانت في البداية قليلة و أصبحت تزداد يوم بعد يوم حتى أصبح يعاني من كل هذه المشاكل النفسية .

## الحالة الراهنة

الحالة الراهنة للحالة هي انه واعي بإدمانه للمخدرات و كل مشاكله النفسية الناتجة كأعراض الإدمان و هو الآن في مرحلة العلاج و يحاول التخلص من الادمان و الرجوع إلي حالته الطبيعية و يحقق أهدافه التي تتمثل في إكمال دراسته و العيش بصفة عادية

## التشخيص

الحالة يعاني من: ادمان المخدرات و القلق الزائد و بعض الأفكار البارانونية

عرض نتائج المقياس

الجدول رقم (05) يبين نتائج تطبيق مقياس سبيليرجر للحالة (ر,ح)

سمة القلق			حالة القلق		
التنقيط	الإجابة	العبرة	التنقيط	الإجابة	العبرة
2	غالبًا	1	3	أحيانا	1
4	دائما	2	3	أحيانا	2
2	أحيانا	3	4	دائما	3
4	دائما	4	4	دائما	4
2	أحيانا	5	3	أحيانا	5
3	أحيانا	6	2	أحيانا	6
2	غالبًا	7	3	غالبًا	7
4	دائما	8	4	مطلقا	8
4	دائما	9	4	دائما	9
4	مطلقا	10	4	مطلقا	10
2	غالبًا	11	3	أحيانا	11
4	دائما	12	3	غالبًا	12
3	أحيانا	13	3	غالبًا	13
4	دائما	14	2	أحيانا	14
4	دائما	15	2	غالبًا	15
4	مطلقا	16	4	مطلقا	16
4	دائما	17	2	أحيانا	17
4	دائما	18	1	دائما	18
3	أحيانا	19	4	مطلقا	19
4	دائما	20	2	غالبًا	20
67	المجموع		60	المجموع	
قلق شديد	مستوي القلق		قلق شديد	مستوي القلق	

### تحليل نتائج مقياس

لقد تمكن المفحوص من قراءة أسئلة المقياس بكل سهولة و وكان لهو سؤال واحدي غير مفهوم مما دفعنا إلي التدخل و شرح له معني السؤال الغامض

تبين لنا من خلال تحليل النتائج مقياس القلق لي سبيلر جر أن المفحوص (خ) يعاني من حالة قلق تقدر ب (60) من (80) درجة و هو قلق شديد ينتمي إلي الفئة الرابعة حيث كانت الإجابات عن الأسئلة السلبية في حالة القلق ذات تنقيط كبير يتراوح من 3 إلي 4 غالبا و الأسئلة الموجبة عانت تتراوح عدد التنقيط علي الإجابات يتراوح بين (2) إلي (3)

أما النتائج التي تحصل عليه الحالة في مقياس سمة القلق هي (67) علي (80) و هي تشير إلي قلق شديد فكانت الإجابات علي الأسئلة السالبة تتراوح نفاطها من (1) إلي (3) غالبا أما الإجابات عن الأسئلة الموجبة كان العدد النقاط بين (2) إلي (4) غالبا

### التحليل العام لنتائج المفحوص

من خلال المقابلة مع الحالة تبين أن الحالة في حالة نفسية مضطربة و ذلك نتيجة شعوره بحاجة للتناول المخدرات و نضرا للأفكار التي تسوده للانتحار كما انه يشعر انه مهدد من كل شيء و عدم القدرة علي النوم و عدة أعراض أخر كما أثبتت نتائج مقياس القلق أن المفحوص يعاني من حالة قلق درجة (60) من (80) أي قلق شديد و سمة القلق بدرجة (67) من (80) و هادا يعني قلق شديد أيضا

## الحالة الثانية

المعلومات الأولية للحالة الثانية:

الاسم: ر

اللقب: ح

الجنس: ذكر

السن : 24 سنة

مكان الإقامة : تلمسان

نوعية السكن : مسكن عائلي

عدد الإخوة : 4

رتبة بين الاخوة : 2

المستوى الدراسي : متحصل علي شهادة الماستر

الحالة المدنية : أعزب

المهنة :باطل

المستوى المعيشي: أكثر من متوسط

**سبب قدوم الحالة للأخصائي النفسي :**

إلحاح من العائلة جعل الحالة يقبل الدخول إلي مصحة علاج الإدمان من اجل التخلص من معاناته من الإدمان

**تحليل الطلب:**

رغبة من عائلة و من الحالة معا بعد أن أصبح يشعر انه لا يستطيع السيطرة و التغلب علي إدمانه للمخدرات جعله يقبل بفكرة العلاج علي الرغم من انه يري أن مشكلته الأساسية هي الاكتئاب الذي دفعه للإدمان .

## طريقة سير المقبلات

### المقابلة الأولى:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى لأمراض العقلية و النفسية بي سيدي الشحمي و بتحديد مصلحة مكافحة الإدمان و كانت المدة حوالي 20 دقيقة و تم من خلالها التعرف علي الحالة و تعريفه هدفنا من إجراء هذه المقابلة و و تم من خلالها كسب الثقة الحالة , و جمعنا معلومات حول الحالة

### المقابلة الثانية:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى لأمراض العقلية و النفسية بي سيدي الشحمي و بتحديد مصلحة مكافحة الإدمان و المدة كانت 45د و تم من خلالها التعرف علي التاريخ الطفولي و التعليمي للحالة

### المقابلة الثالثة :

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى للأمراض العقلية و النفسية و كانت مدة المقابلة 45د و تم من خلالها التطرق و التعرف علي الوضع الاجتماعي الحالة و بالتحديد التاريخ العائلي و علاقته بأفراد عائلته (الاخوة و الوالدين)

### المقابلة الرابعة:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى الأمراض العقلية و النفسية و كانت مدة المقابلة 45د و من خلال هذه المقابلة تم التطرق للتاريخ المرضي و تطور الإدمان عند الحالة و ماهية أهم الأعراض التي أثرت علي حياته

### المقابلة الخامسة:

مكان إجراء المقابلة كان في المستشفى الأمراض العقلية و النفسية و كانت مدة المقابلة 25

د تم من خلالها تم إجراء اختبار لقياس نسبة القلق عند الحالة.

### السميائية العامة للحالة:

الحالة (ح. ر) يبلغ من العمر 24 سنة متوسط القامة نحيف الجسم شعره أسود لون العينين اسود ، هندامه ملائم لسنه ، ونظيف فهو سليم من الناحية الجسمية ملامح وجهه معبرة عن المواقف ، أما تواصله البصري فهو طبيعي ، ناحية القدرات العقلية مستوي التركيز عنده منخفض نوعا ما لكن طريقة شرحه



لأحداث جيدة و لديه ذاكرة ضعيفة أما التعبير الجسدي فالحالة يقوم كثيرا بتحريك يديه كثيرا أثناء الكلام و حركة يديه سريعة بعض الشيء .

أما التعبير اللغوي فالحالة يتكلم بكلام مفهوم و هو يستطيع التعبير عن أفكاره ومشاعره أما مزاج الحالة فهو يميل إلى الهدوء و الاكتئاب ويغلب عليه طابو يشر كثيرا بالملل و التعب.

### التاريخ النفسي الاجتماعي للحالة:

من خلال تطرقنا إلي الجانب الاجتماعي للحالة أكد لنا ان كل أصدقاءه المقربين منه لا يتعاطون المخدرات و هم ذو مستوي دراسي جيد و لا احد منهم يعلم انه مدمن مخدرات و يخاف من ابتعادهم عنه اذا عرفوا إدمانه للمخدرات و أكد المريض ان إدمانه لمخدرات لم يؤثر عليه أبدا علي المستوي الدراسي و علي المستوي العائلي يعتر ان الهدوء لم يسود حياتهم العائلية أبدا و إنما كل يوم هناك مشاكل خاصة مع الأم الذي يعتبرها هي مصدر المشاكل لان كان له سوابق مرضية فهي تعاني من القلق الزائد و الضغوطات النفسية و هذا ما يجعل الأب يرغب في العمل خارج الولاية و الابتعاد عن المنزل فوالده يعمل في جهاز الأمن العسكري كما أكد أن كل أفراد العائلة يعرفون مشكلة إدمانه للمخدرات و هم متفهمين مشكلته و يشعر بالمؤزرة من طرفهم و خاصة الأم و الأب

### التاريخ المرضي للحالة :

و أثناء التكلم في الجانب المرضي و السوابق المرضية يري المريض أن مشكلته الأساسية هي الاكتئاب الذي دفعه إلي معالجة عدة مرات عند مختصين نفسانيين و أطباء و هذا لم يجدي نفعاً مما دفعه لتناول المخدرات بهدف التقليل و التخلص من الاكتئاب و بعدها من خلال بحثه عن حل لاكتئاب وجد نفسه مدمن مخدرات و هذا ما جعله يعاني من اكتئاب زائد مما دفعه لمحاولة الانتحار عدة مرات كما عاني من عدة مشاكل نفسية مصاحبة للإدمان كالعزلة الاجتماعية حيث قال بصريح العبارة "اكره كل المجتمع" و اصطبحت لديه أفكار وسواسية و المخاوف المرضية الناجمة من القلق الزائد و يشعر بالأرق و التعب الشديد و نقص التركيز و فقدان الشهية و ضعف كبير في الذاكرة .

### الحالة الراهنة

حالة المريض الان جيدا فيما يخص إدمانه حيث يري انه يمكنه السيطرة علي تناوله للمخدرات كما ان أصبح لا يفكر إطلاقا للقيام بمحاولات انتحار أخرى لكن يري أن مشكلته الأساسية و هي الاكتئاب مجودا دائما .

التشخيص

- الحالة تعاني من إدمان للمخدرات و اكتئاب و قلق فوق المتوسط

عرض نتائج المقياس

الجدول رقم (05) يبين نتائج تطبيق مقياس سبيلير جر للحالة (ر,ح)

سمة القلق			حالة القلق		
العبارة	الإجابة	التنقيط	العبارة	الإجابة	التنقيط
1	غالبًا	2	1	غالبًا	2
2	غالبًا	3	2	غالبًا	2
3	مطلقًا	1	3	أحيانًا	2
4	دائمًا	4	4	أحيانًا	2
5	مطلقًا	1	5	أحيانًا	3
6	أحيانًا	3	6	غالبًا	3
7	غالبًا	2	7	غالبًا	3
8	مطلقًا	1	8	أحيانًا	3
9	أحيانًا	2	9	غالبًا	3
10	أحيانًا	3	10	أحيانًا	3
11	مطلقًا	4	11	أحيانًا	3
12	غالبًا	3	12	أحيانًا	2
13	غالبًا	2	13	أحيانًا	2
14	دائمًا	4	14	أحيانًا	2
15	غالبًا	3	15	أحيانًا	3
16	أحيانًا	3	16	أحيانًا	3
17	غالبًا	3	17	غالبًا	3
18	أحيانًا	2	18	أحيانًا	3
19	مطلقًا	4	19	مطلقًا	4
20	غالبًا	3	20	أحيانًا	3
المجموع		53	المجموع		54
مستوي القلق		قلق فوق المتوسط	مستوي القلق		قلق فوق المتوسط

### تحليل نتائج مقياس

لقد تمكن المفحوص من قراءة أسئلة المقياس بكل سهولة و كان له سؤالين غير مفهوم مما دفعنا إلي التدخل و شرح له معني السؤالين الغير وضحين بالنسبة له

تبين لنا من خلال تحليل النتائج مقياس القلق لي سبيلر جر أن المفحوص (ح) يعاني من حالة قلق تقدر ب(54)من (80)درجة و هو قلق فوق المتوسط ينتمي إلي الفئة الثالثة حيث كانت الإجابات عن الأسئلة السلبية في حالة القلق ذات تنقيط كبير يتراوح من (2) إلي (3) غالبا و الأسئلة الموجبة عانت تتراوح عدد التنقيط علي الإجابات يتراوح بين (2) إلي (3)

أما النتائج التي تحصل عليه الحالة في مقياس سمة القلق هي (53)علي (80)و هي تشير إلي قلق فوق المتوسط فكانت الإجابات علي الأسئلة السالبة تتراوح نقاطها من (1) إلي (3) غالبا

أما الإجابات عن الأسئلة الموجبة كان العدد النقاط بين (1) إلي (3) غالبا

### التحليل العام لنتائج المفحوص

من خلال المقابلة مع الحالة تبين أن الحالة في حالة نفسية غير مستقرة و ذلك نتيجة شعوره بالاكتئاب و يري أن مشكله الأساسي هو الاكتئاب الذي دفعه لأدماكن المخدرات و جعل يحاول في الكثير من المرات بالقيام بمحاولات انتحارية و من خلال نتائج المقياس المطبق علي الحالة فالحالة يعني من قلب حيث كانت النتائج حالة القلق بدرجة (54) من (80) أي قلق فوق المتوسط و نتائج سمة القلق كانت بدرجة (53)من (80) أيقلق فوق المتوسط .

### مناقشة النتائج

في الأخير نستنتج من نتائج التحاليل المتحصل عليها من الحالتين اللتان تطرقنا إليهم في الجانب التطبيقي من البحث, وكان ذلك بهدف الكشف عن علاقة القلق بمحاولة الانتحار عند مدمنين المخدرات وبالتحديد عند الشباب بين العمر(20-30) سنه، وتؤكد ان الحالتين اللتان تطرقنا إليهم بجانب التطبيقي هم مدمنين المخدرات ولهم أفكار ومحاولات انتحارية سابقة أثناء فترة ادمانهم علي المخدرات وكان لهم قلق واضح سواء من خلال سلوكهم الذي تم ملاحظته من خلال المقابلات ومن خلال نتائج المقياس القلق الذي أكد ان مستوى القلق عندهم كان بين قلق فوق المتوسط وقلق شديد وذلك نتيجة تفكيرهم للحالة التي هم فيها يشعرون بالعجز والقلق وحتى الاكتئاب كما أن الحالة الأولى كانت مصممة على العلاج وأظهرت الرغبة والصمود من اجل نجاح المخطط العلاجي عكس بعض الشيء للحالة الثانية التي ترى ان كل مشاكلها

النفسية نجمه الاكتئاب الذي دفعها الإدمان المخدرات والوصول إلى ما هو عليه الآن ومن هنا يمكن القول أن الفرضية الأولى فرضية صحيحة حيث إن مستوى القلق عند مدمنين المخدرات مرتفع وتأكدنا من هذا من خلال الملاحظة و من خلال نتائج مقياس القلق، أما الفرضية الثانية لتي تقول يؤثر مستوى القلق المرتفع على مدمنين المخدرات و يدفعهم للقيام بمحاولة الانتحار فهي فرضية صحيحة حيث تأكد ان مستوى القلق المرتفع يؤثر على مدمنين المخدرات وهذا ما يدفعهم إلى القيام بعملية انتحار وذلك تأكد من خلال الحالة الأولى الذي كانت تسوده أفكار انتحارية دائما بدرجة أكثر الحالة الثانية التي كانت له محاولة انتحار سابقا.

أما الفرضية الثالثة القائلة يوجد اختلاف في مستوى القلق عند مدمنين مخدرات على حسب نوع المخدر هي فرضية قد تحققت حيث مستوى القلق عند الحالة الأولى لديها مستوى قلق مرتفع أكثر من الحالة الثانية حيث أن الحالة الأولى كانت تتعاطى كل أشكال وأنواع المخدرات عكس الحالة الثانية التي تعاني من قلق اقل من الحالة الأولى وذلك نتيجة عدم تناولها كل أشكال المخدرات وكان ينحصر تعاطيها في الحشيش والأقراص المهدئة

## خاتمة

باختصار، فإن الدراسة أظهرت أن القلق يمكن أن يساهم في زيادة خطر الانتحار بين مدمني المخدرات. فشعور المدمن بالقلق وعدم الراحة يمكن أن يزيد من شعوره باليأس والعجز والألم، مما يزيد من خطر التفكير بالانتحار.

ولذلك، وجود الدعم النفسي والعلاجي لمدمني المخدرات هو عامل هام في الحد من خطر الانتحار. علاوة على ذلك، يمكن أن تساعد استراتيجيات المعالجة المستلهمة من العلاج النفسي على تحفيز التعافي وتحسين الصحة العقلية والعاطفية لدى المدمنين.

وبالنظر إلى مدى انتشار المخدرات والإدمان في العالم، فإن من الضروري بمكان المزيد من البحث في هذا المجال لفهم ومكافحة هذه المشكلة الهامة. ونأمل في أن يضيف هذا البحث قيمة على الأقل في رفع الوعي بين الأفراد والمهنيين في هذا المجال وتحفيز المزيد من البحوث المستقبلية

## قائمة المراجع

- 1- احمد حسن الحراشنة (2012) ، ادمان المخدرات و الكحوليات و اساليب الاعلاج، جلال علي الجزازي، دار حامد لنشر و التوزيع، الاردن، ط1.
- 2- أمثال هادي الحويله (2010)، القلق و الاسترخاء العضلي، إتراك للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، ط1.
- 3- إسماعيلي يامنة ، (2017) ، الذكاء الوجداني و بعض المشكلات الانفعالية ،ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 4- ابراهيم علا عبد الباقي(2010) ، الخوف و القلق ، علم الكتب لنشر و التوزيع ، القاهرة ، ط1.
- 5- جمال ماضي ابو العزائم (1973)، الإدمان أسبابه و آثاره و التخطيط للوقاية و العلاج ، وكالة فينيسي الاعلام ،لبنان، د ط .
- 6- عبد العزيز بن علي الغريب (2006)، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف الرياض العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ط.
- 7- عدنان محمد الضمور (2014) ، ظاهرة الانتحار دراسة سوسولوجية، دار حامد لنشر و التوزيع، عمان، ط1
- 8- عبد الكريم قاسم ابو الخير (2003)، النمو من الحمل الي المراهقة، دار وائل لنشر و التوزيع، عمان، ط1.
- 9- عبد الله بن سعود راشد (2006) ، ظاهرة الإنتحار التشخيص و العلاج، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الراض، ط
- 10- عبد الباسط محمد حسن (1977):أصول البحث الاجتماعي ط6، دار المعارف، القاهرة، مصر.
- 11- عادل الدمرداش (1982) ، الادمان مضاهره وعلاجه ، علم المعرفة لنشر و التوزيع ، الكويت ، دط

- 12-فخري الدباغ (1968) ،الموت إختياراً، منشورات المكتبة العصرية ،بيروت ،دط
- 13- قاسم حسين صالح (2015)، الاضطرابات النفسية العقلية ،دار دجلة لنشر و التوزيع، الأردن،ط1
- 14-محمد عبد الحسن (2010) علم النفس الجنائي،دار الراية لنشر و التوزيع، الاردن، ط1،
- 15-محمد سيد عبد الراحمان (1999)،علم الامراض النفسية و العقلية ،دار القباء للطباعة و النشر و التوزيع ،القاهرة، ط2.
- 16-حمد سلامة غباري(2007) ،الإدمان خطر يهدد الامن الاجتماعي، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر،الاسكندرية،ط 7 .
- 17-مصطفى يوسف (1996) ، المخدرات و المجتمع، علم المعرفة لنشر و التوزيع ، الكويت، دط
- 18-ماهر محمود عمر(1988):المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي ،دار المعرفة، ط2
- 19-موشي زيد نز،القلق(2016)،ترجمة معتز سيد عبد الله،المجلس الوطني للفنون و الاداب،الكويت،د ط .
- 20-وليد سرحان (2008) ، القلق ، دار جدلاوي للنشر و التوزيع ، عمان ، ط 2
- 21-نائيل حافظ لعوالمة(1995):أساليب البحث العلمي، الأسس النظرية و التطبيقات،دار النشر، الأردن
- 22-وفقي حامد ابو علي (2003)،ظاهرة تعاطي المخدرات ، ادارة الثقافة الاسلامية و قطاع الشؤون الثقافية ، الكويت ،دط .
- 23-ياسر ثابت (2012) ،شهقة اليائسين الإنتحار في الوطن العربي،دار التنوير لنشر و التوزيع مصر،ط1.

## مذكرات تخرج و مجلات علمية

- 1- بن عبيد سهام، جريمة استهلاك المخدرات بين العالج والعقاب، بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في العلوم القانونية، تخصص العلوم الجنائية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2012/2013
- 2- تومي نعيمة، بن هراوة عائشة، الاكتئاب و علاقته بمحاولة الانتحار، (اطروحة لنيل شهادة ليسانس، علم النفس و التربية)، قسم علم الاجتماع، جامعة وهران، الجزائر، 2004/2005
- 3- جميلة بن عمور ، سهيلة بوجلال، القلق لدي المراهق المدمن علي المخدرات في ضوء بعض المتغيرات الشخصية، الجزائر، مجلة الراصد لدراسات العلوم الاجتماعية، العدد 2، ابريل ، 2021
- 4- ساسي سوفيان، الانتحار في الجزائر ،الجزائر،مجلة علوم النفسية و التربوية،العدد 6، مارس (2018)
- 5- سعيدة درفيل، لؤي عبدالمريم السلطان، تعاطي المخدرات في الجزائر و السبيل الوقاية و المكافحة،الجزائر،مجلة تطوير العلوم الاجتماعية،العدد 1،ديسمبر 2008
- 6- عمور مصطفى، ضاهرة الانتحار في الجزائر، بجاية،مجلة البحث في العلوم الانسانية و الاجتماعية،العدد33،مارس 201
- 7- نجاته خليفي، دراسة إبيدميولوجية لمحاولات الانتحار بمدينة عنابة،الجزائر،التواصل في العلوم الانسانية و الاجتماعية ،العدد 50، اكتوبر
- 8- هدى دحماني، (2011)، تأثير القلق على الراشدين المصابين بمرض السكري المزمن، مذكرة لنيل شهادة ماستر، قسم علم النفس العيادي، جامعة البويرة، الجزائر.



- Jérémie Vandevorde (2006), Psychopathologie du suicide, Edition De Bock, 1<sup>ère</sup> Edition Bruxelles.

## - تعليمة الصورة الأولى ( الخاصة بحالة القلق ) :

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف ذاتك، إقرأ كل عبارة ثم ضع علامة

(X) في الدائرة المناسبة التي تبين ما تشعر به حقيقة لأن هذا الوقت بالذات ليس هناك أجوبة صحيحة أو

خاطئة،

لا تضع وقتا طويلا أمام كل عبارة بل قدم الجواب الذي يصف مشاعرك الحالية بشكلها الأفضل.

الإسم و اللقب :

تاريخ و مكان الازدياد:

الرقم	العبارات	مطلقا	أحيانا	غالبا	دائما
1	أشعر بالهدوء.				
2	أشعر بالأمان				
3	أشعر بالتوتر				
4	أشعر بالأسف				
5	أشعر بالإطمئنان				
6	أشعر بالإضطراب				
7	أشعر بالإنزعاج لإحتمال وقوع كارثة				
8	أشعر بالراحة				

				أشعر بالقلق	9
				أشعر بالسرور	10
				أشعر بالثقة بالنفس	11
				أشعر بالنرفزة	12
				أشعر بالثوران	13
				أشعر بتوتر زائد	14
				أشعر بالاسترخاء	15
				أشعر بارتياح	16
				أشعر بالضيق	17
				أشعر بانني مستشار جدا ( لدرجة الغليان ) .	18
				أشعر بالسعادة العميقة	19
				أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين	20

## - تعليمة الصورة الثانية ( سمة القلق )

إليك مجموعة من العبارات التي تصف ذاتك، اقرأ كل عبارة ثم ضع علامة (X) في الدائرة المناسبة التي

توضح كيف تشعر عموماً، ليس هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، لا تضيع وقتنا طويلاً ، قدم

الإجابة التي تصف شعورك.

الإسم و اللقب :

تاريخ و مكان الإزدياد :

الرقم	العبارات	مطلقاً	أحياناً	غالباً	دائماً
1	أشعر بأنني أدخل السرور على الآخرين.				
2	أتعب بسرعة.				
3	أشعر بالملل إلى البكاء.				
4	أتمنى لو كنت سعيداً مثلما يبدو الآخرين.				
5	أفقد السيطرة على الأشياء لأنني لا أستطيع التغلب عليها.				
6	أشعر بالراحة.				
7	أنا هادئ الأعصاب.				
8	أشعر بأن المصاعب تتراكم لدرجة أنني لا أستطيع التغلب عليها.				
9	أشعر أنني أقلق بسرعة.				
10	أنا سعيد.				

				أميل إلى تصعيب الأمور.	11
				ينقصني الشعور بالثقة في النفس.	12
				أشعر بالأمان.	13
				أحاول تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات.	14
				أشعر بالحزن.	15
				أشعر بارضا.	16
				تجول بذهني بعض الأفكار التافهة وتضايقني.	17
				تؤثر في خيبة الامل بشدة لا أستطيع أن أبعدھا عن ذهني.	18
				أنا شخص مستقر.	19
				أصبح في حالة من التوتر والاضطراب عندما أكر كثيرا في اهتماماتي وميولي الحالية.	20